

Arrest

nr. 276 767 van 31 augustus 2022
in de zaak RvV X / II

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat J. SCHELLEMANS
Rotterdamstraat 53
2060 ANTWERPEN**

tegen:

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

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Marokkaanse nationaliteit te zijn, op 20 april 2022 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissingen van 14 februari 2022, 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, en van het bevel om het grondgebied te verlaten van 14 februari 2022.

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

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 6 mei 2022, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 8 juni 2022.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. VERHAERT.

Gehoord de opmerkingen van advocaat V. MORETUS, die *loco* advocaat J. SCHELLEMANS verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat L. ASSELMAN, die *loco* advocaten C. DECORDIER en T. BRICOUT verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Verzoekster diende op 3 juli 2019 een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet).

1.2. Deze aanvraag werd op 7 januari 2020 ongegrond verklaard.

1.3. Op dezelfde datum werd ook een bevel om het grondgebied te verlaten genomen. Tegen dit bevel diende verzoekster een beroep tot schorsing en tot nietigverklaring in bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen. Dit beroep werd verworpen bij arrest nr. 238.067 van 7 juli 2020.

1.4. Op 14 oktober 2020 diende verzoekster een nieuwe aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

1.5. Op 14 februari 2022 werd deze aanvraag ongegrond verklaard. Dit is de eerste bestreden beslissing, gemotiveerd als volgt:

“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 14.10.2020 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door:

[...]

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

Reden:

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

Er werden medische elementen aangehaald voor A.J., die echter niet weerhouden konden worden (zie verslag arts-adviseur d.d. 11.02.2022 in 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.”

1.6. Op dezelfde dag werd ten aanzien van verzoekster tevens een bevel om het grondgebied te verlaten (bijlage 13) afgeleverd. Dit is de tweede bestreden beslissing, gemotiveerd als volgt:

“BEVEL OM HET GRONDGEBIED TE VERLATEN

[...]

wordt het bevel gegeven het grondgebied van België te verlaten, evenals het grondgebied van de staten die het Schengenacquis ten volle toepassen, tenzij zij beschikt over de documenten die vereist zijn om er zich naar toe te begeven,

binnen 30 dagen na de kennisgeving.

REDEN VAN DE BESLISSING:

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

o Krachtens artikel 7, eerste lid, 1° van de wet van 15 december 1980, verblijft zij in het Rijk zonder houder te zijn van de bij artikel 2 vereiste documenten: Betrokkene is niet in het bezit van een geldig paspoort en/of een geldig visum."

2. Over de rechtspleging

Aan verzoekster werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegekend, zodat niet kan worden ingegaan op de vraag van verweerder om de kosten van het geding ten laste van verzoekster te leggen.

3. Onderzoek van het beroep

3.1. Verzoekster voert een enig middel aan dat zij uiteenzet als volgt:

"EERSTE EN ENIGE MIDDEL: Schending van artikel 3 juncto 13 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna "EVRM"), artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, schending van de motiveringsplicht vervat in artikel 62 van de Vreemdelingenwet en artikel 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen en als algemeen principe van behoorlijk bestuur, schending van het zorgvuldigheids- en redelijkheidsbeginsel als algemene beginselen van behoorlijk bestuur.

In het kader van een 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 of van verblijf 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 of verblijf en de individuele omstandigheden van het betrokken individu. De toegang tot de medische opvolging en behandeling moet namelijk niet louter in abstracto maar ook in concreto beoordeeld worden. Ook onder artikel 3 van het EVRM moet niet louter gekeken worden naar wetgevende initiatieven (de situatie zoals die zou moeten zijn) maar ook naar de situatie in de praktijk (EHRM, M.S.S. t. België en Griekenland, 21 januari 2011, § 354).

De bestreden beslissing schiet tekort op verschillende vlakken. Ten eerste onderschat verwerende partij de ernst van de ziekte van verzoekster. Ten tweede stelt verwerende partij ten onrechte dat de noodzakelijke behandeling beschikbaar en toegankelijk is in Marokko, het land van herkomst van verzoekster.

1. Vooraf: het juridische kader:

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

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

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

Het bestaan van een reëel gevaar van een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling wordt beoordeeld op grond van de omstandigheden waarvan de verwerende partij kennis had, of had moeten

hebben, op het ogenblik van de bestreden beslissing (EHRM 4 december 2008, Y t. Rusland, §81; EHRM 20 maart 1991, Cruz Varas e.a. t. Zweden, §§ 75-76; EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah e.a. t. Verenigd Koninkrijk, §107).

Samen gelezen met het recht op een effectief rechtsmiddel vervat in artikel 13 van het EVRM vereist artikel 3 van het EVRM dat verwerende partij een zo nauwkeurig mogelijk onderzoek doet van de gegevens die wijzen op een reëel risico van een door artikel 3 van het EVRM verboden behandeling (EHRM 21 januari 2011, M.S.S. t. België en Griekenland, §§293 en 387).

De motiveringsplicht gebiedt verwerende partij hier omtrent motieven op te nemen. Zo stelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in EHRM, 11 juli 2000, Jabari t. Turkije, § 50 het volgende:

"Pour la Cour, compte tenu de la nature irréversible du dommage susceptible d'être causé en cas de réalisation du risque de torture ou de mauvais traitements et vu l'importance qu'elle attache à l'article 3, la notion de recours effectif au sens de l'article 13 requiert, d'une part, un examen indépendant et rigoureux de tout grief aux termes duquel il existe des motifs sérieux de croire à l'existence d'un risque réel de traitements contraires à l'article 3 et, d'autre part, la possibilité de faire surseoir à l'exécution de la mesure litigieuse. (...)"

Het Hof bevestigde dit principe in het EHRM, 21 januari 2011, M.S.S. t. België en Griekenland, § 387:

"Tout en reconnaissant qu'il s'agit là d'une évolution qui va dans le sens de l'arrêt Conka précité (§§ 81-83, confirmé par l'arrêt Gebremedhin précité, §§ 66-67), la Cour rappelle qu'il ressort également de la jurisprudence (paragraphe 293 ci-dessus) que le grief d'une personne selon lequel son renvoi vers un pays tiers l'exposerait à des traitements prohibés par l'article 3 de la Convention doit faire l'objet d'un contrôle attentif et rigoureux et que la conformité avec l'article 13 implique, sous réserve d'une certaine marge d'appréciation des Etats, que l'organe compétent puisse examiner le contenu du grief et offrir le redressement approprié. "

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

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

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

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

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

"181. The Court concludes from this recapitulation of the case-law that the application of Article 3 of the Convention only in cases where the person facing expulsion is close to death, which has been its practice

since the judgment in *N. v. the United Kingdom*, has deprived aliens who are seriously ill, but whose condition is less critical, of the benefit of that provision. As a corollary to this, the case-law subsequent to *N. v. the United Kingdom* has not provided more detailed guidance regarding the "very exceptional cases" referred to in *N. v. the United Kingdom*, other than the case contemplated in *D. v. the United Kingdom*.

182. In the light of the foregoing, and reiterating that it is essential that the Convention is interpreted and applied in a manner which renders its rights practical and effective and not theoretical and illusory (see *Airey v. Ireland*, 9 October 1979, § 26, Series A no. 32; *Mamatkulov and Askarov v. Turkey* [GC], nos. 46827/99 and 46951/99, § 121, ECHR 2005-1; and *Hirsi Jamaa and Others v. Italy* [GC], no. 27765/09, § 175, ECHR 2012), the Court is of the view that the approach adopted hitherto should be clarified.

183. The Court considers that the "other very exceptional cases" within the meaning of the judgment in *N. v. the United Kingdom* (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.

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

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

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

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

190. The authorities must also consider the extent to which the individual in question will actually have access to this care and these facilities in the receiving State. The Court observes in that regard that it has previously questioned the accessibility of care (see *Aswat*, cited above, 55, and *Tatar*, cited above, 55 47- 49) and referred to the need to consider the cost of medication and treatment, the existence of a social and family network, and the distance to be travelled in order to have access to the required care (see

Karaqoz v. France (dec.), no. 47531/99, 15 November 2001: N. v. the United Kingdom, cited above. \$5 34-41, and the references cited therein; and E.O. v. Italy (dec.), cited above).

191. Where, after the relevant information has been examined, serious doubts persist regarding the impact of removal on the persons concerned - on account of the general situation in the receiving country and/or their individual situation - the returning State must obtain individual and sufficient assurances from the receiving State, as a precondition for removal, that appropriate treatment will be available and accessible to the persons concerned so that they do not find themselves in a situation contrary to Article 3 (on the subject of individual assurances, see Tarakhel. cited above, 5 120)."

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

2. In casu

2.1 Ernst van de ziekte

2.1.1 Verzoekster lijdt aan dikke darmkanker, recidive levermetastasen, diabetes, en ernstige psychische problemen. Zij is tevens intolerant aan de chemotherapie.

De 3 standaard medische getuigschriften (SMG) van Dr. N., Dr. V.H. en Dr. B. stellen dat de opvolging van verzoekster wordt bepaald in functie van de verdere evolutie van haar gezondheid maar dat zij hoe dan ook wel strikte medische opvolging nodig heeft, zowel in kader van haar levermetastasen als in kader van haar psychologische toestand en bloedarmoede. Daarbij geven meerdere medische attesten als bijlage van de SMG aan dat verzoekster mantelzorg nodig heeft en dat zij intolerant is aan chemotherapie, (stuk 2).

Verwerende partij (of diens adviserende arts) stelt echter dat "de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico in houdt op een onmenselijke of vernederende behandeling". Zij geeft daarbij ook aan dat "mevrouw de adjuverende chemotherapie na de resectie van de metastase weigerde" (stuk 1).

Verder meent zij dat verzoekster geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voorlegt, en dat er "geen elementen in het dossier zijn die erop wijzen dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp." (stuk 1)

Zij vervolgt: "Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat zij in Marokko geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp. Betrokken heeft bovendien nog een zus in België en woont momenteel in bij haar broer. Ook zij zouden betrokken financieel kunnen bijstaan moest dit nodig zijn." (stuk 1)

2.1.2 Verwerende partij spreekt het SMG met andere woorden op drie vlakken tegen wat betreft de ernst van de ziekte. Hoewel de behandelende artsen vanzelfsprekend het best geplaatst zijn om in te schatten wat de ernst van de aandoeningen is en wat de noodzakelijke behandeling en zorgen zijn, meent verwerende partij en diens adviserende arts toch tot tegenoverstelde conclusies te kunnen komen. En dit louter op basis van het medisch dossier van verzoekster en zonder haar ooit gesproken of onderzocht te hebben. In feite komt deze beoordeling van verwerende partij of diens adviserende arts er op neer dat ze ofwel de competentie van de behandelende arts van verzoekster ontkent, ofwel ervan uit gaat dat het SMG een zogenaamd 'gesolliciteerd karakter' heeft en dat de behandelende arts van verzoekster enkel tot zijn conclusies kwam om verzoekster een handje toe te steken bij hun verblijfsprocedure.

Beide opties zijn werkelijk stuitend.

Een arts is namelijk gebonden door een strikte deontologie die zowel zijn kwaliteit als zijn betrouwbaarheid garanderen. Bovendien dient hij te handelen "met respect voor de patiënt, derden en de maatschappij."

Artikel 3 van de Code Medische Deontologie bepaalt het volgende:

"De arts heeft voor een kwaliteitsvolle uitoefening van zijn beroep de vereiste kennis en deskundigheid en de gepaste attitude." (eigen benadrukking)

In artikel 26 van de Code Medische Déontologie staat het volgende te lezen:

"De arts bezorgt de patiënt de medische documenten die hij nodig heeft

De arts stelt deze documenten waarheidsgetrouw, objectief, voorzichtig en discreet op, met aandacht voor het vertrouwen dat de maatschappij in hem stelt. Hij vermeldt daarbij geen gegevens over derden.

De arts bezorgt op vraag van de patiënt de documenten aan de arts die de patiënt aanwijst." (eigen benadrukking)

In het commentaar over dit artikel 26 van de Code Medische Deontologie staat het volgende te lezen:

"Elk getuigschrift, attest of elke verklaring dient door de arts oprecht te worden ongemaakt. Opzettelijk valse attesten schrijven kan leiden tot strafrechtelijke en disciplinaire vervolging.

De arts moet uiterst nauwkeurig te werk gaan bij het verzamelen en analyseren van de elementen waarop hij zich baseert om een medisch feit te attesteren. Hij moet objectief zijn en niet ingaan op onredelijke vragen. Zijn bewoordingen moeten voorzichtig en genuanceerd zijn en zich beperken tot medische beschouwingen. Hij moet aandacht hebben voor het motief van het verzoek en voor de bestemming van het attest. "

De deontologie waaraan verzoeksters behandelende arts gebonden is, waarborgt met andere woorden zowel zijn competentie als zijn oprechtheid. Hij riskeert zelfs strafrechtelijke en disciplinaire vervolging indien hij bepaalde zaken zou hebben opgenomen in het SMG zonder dat deze met de werkelijke gezondheidstoestand van verzoekster zou overeenstemmen en louter vermeld worden om verzoekster aan een verblijfsrecht te helpen.

2.1.3 De hierboven aangehaalde artikelen van de Code Medische Deontologie maken dat de medische getuigschriften een sterke bewijskracht hebben. Dat verwerende partij en diens adviserende arts alle conclusies over de ernst van verzoeksters ziekte in twijfel trekken en op die manier ook de conclusies van de behandelende artsen tegenspreken, is dan ook onaanvaardbaar.

Dit is des te meer het geval daar de verwerende partij en diens adviserende arts verzoekster nooit onderzocht hebben.

Artikel 43 van de Code Medische Deontologie bepaalt nochtans dat een adviserend arts de beperkingen eigen aan zijn opdracht in acht moet nemen:

"De arts met een deskundige, adviserende of controlerende opdracht voert deze uit volgens de wettelijke regels, de deontologische principes, met respect voor de betrokkene en met inachtneming van de beperkingen eigen aan zijn opdracht en functie. Deze opdrachten zijn onverenigbaar met die van behandelend arts."

Doordat de adviserende arts van verwerende partij zich enkel baseert op het medisch dossier en niet op eigen onderzoek, is zijn mogelijkheid op tot correcte oordelen te komen over de gezondheidstoestand van verzoekster per definitie beperkter dan die van de behandelende arts. Met deze beperking hield deze adviserende arts geen rekening, ondanks dat hij daar deontologisch toe verplicht was.

2.1.4 Verwerende partij meldt in de bestreden beslissing bovendien het volgende: "Actueel is er geen actieve behandeling meer voor de oncologische aandoening, alleen driemaandelijke opvolging. Opgemerkt dient te worden dat betrokkene adjuverende chemotherapie na de resectie van de metastase weigerde." (stuk 1)

Ten eerste gaat verwerende partij hiermee helemaal voorbij aan het feit dat verzoekster wel degelijk dikke darmkanker (coloncarcinoom) heeft, in het verleden al meermaals hervallen is van kanker en dat zij met recidive levermetastasen kampt. Deze feiten worden daarentegen bevestigd in de 3 medische getuigschriften dat verzoekster heeft voorgelegd.

Zij minimaliseert deze (ernstige) feiten omdat er momenteel geen actieve behandeling voorhanden is voor de oncologische aandoening van verzoekster. Er wordt evenwel aangegeven dat er momenteel nog steeds naar een medische oplossing wordt gezocht gezien verzoekster de chemotherapie niet goed verdraagt:

"Reden van opname

Electieve opname in het kader van geplande leverresectie ikv gekende metastasen in segment 2 en segment 6.

Status na rechter hemicolectomie ikv colon adenocarcinoom (p T3 N1b VO LO PnO G2 RO) met intolerantie voor adjuvante chemotherapie." (stuk 2, bijlage SMG, ontslagbrief Dr. De Troyer, 11 mei 2020 en 26 mei 2020)

Daarnaast is het niet zo dat wanneer er momenteel geen chemotherapie voorhanden is dat de medische situatie van verzoekster verbeterd of stabiel zou zijn. Zij wordt nog steeds regelmatig strikt opgevolgd door een oncoloog en gastro-enteroloog en moet om de 3 maanden onder de scanner. Bovendien stellen de standaard medische getuigschriften dat de evolutie van de ziekte moeilijk te evalueren viel op dat moment, maar dat er strikte medische opvolging nodig is. De behandelende arts van verzoekster gaf het volgende aan in het SMG:

"actuele behandeling (...): te bepalen" (stuk 2)

"actuele behandeling (...): beeldvorming elke 3 maanden" (stuk 2)

Er wordt momenteel dus naar een oncologische oplossing gezocht voor de dikke darmkanker en metastasen van verzoekster. Het feit dat er voorlopig geen chemotherapie wordt voorzien, is met andere woorden weinig relevant. Er dient rekening gehouden te worden met de risico's die verzoekster in de toekomst loopt als gevolg van haar ziekte en welke behandelingen daarvoor nodig zullen zijn.

Verzoekster vraagt zich dan ook af hoe de arts-adviseur op basis van deze informatie kan besluiten dat verzoekster geen actieve medische behandeling meer nodig heeft. Het is niet omdat de chemotherapie (voorlopig) ophoudt, dat dit ook betekent dat de kanker genezen is. Het advies van de arts-adviseur gaat dan ook uit van een volledig verkeerde premisse, namelijk dat verzoeksters kanker na de chemotherapie verdwenen is. Deze stelling is op geen enkele objectieve medische informatie gebaseerd.

Verwerende partij houdt er geen rekening mee dat een behandeling in de toekomst, eens de gepaste behandeling gevonden wordt, "zeer waarschijnlijk" nodig zal zijn, zoals de behandelende artsen aangeven.

2.2 Beschikbaarheid en toegankelijkheid in het land van herkomst

2.2.1 Ten eerste verwijst verwerende partij naar verschillende bronnen en besluit daaruit dat de nodige zorgen voor verzoekster beschikbaar zijn in Marokko:

- informatie afkomstig uit de MedCOI-databank die niet-publiek is*
- aanvraag Medcoi van 7 oktober 2021 met unieke referentienummer 15191*
- aanvraag Medcoi van 20 december 2021 met unieke referentienummer 15359*
- aanvraag Medcoi van 24 januari 2022 met unieke referentienummer 15431*
- aanvraag Medcoi van 21 december 2021 met unieke referentienummer 15354*
- aanvraag Medcoi van 26 januari 2021 met unieke referentienummer 14406*
- aanvraag Medcoi van 14 oktober 2020 met unieke referentienummer 14037*
- aanvraag Medcoi van 26 maart 2021 met unieke referentienummer 14614*
- aanvraag Medcoi van 14 december 2021 met unieke referentienummer 15341*
- aanvraag Medcoi van 10 maart 2021 met unieke referentienummer 14546*

Verzoekster vroeg deze bronnen, die niet publiek consulteerbaar zijn, op via de Dienst openbaarheid van bestuur bij de DVZ, maar deze blijken zich niet in het administratief dossier te bevinden.

Verzoekster drong verschillende keren aan, en verwees daarbij expliciet naar het verkrijgen van de MedCoi's waaruit de beschikbaarheid van de medicatie moet blijken (zie stuk 4).

Verzoekster verkreeg alle bestanden in het administratief dossier vanaf 2018. De stukken die de beschikbaarheid van de nodige zorgen moeten aantonen, ontbreken echter in het administratief dossier.

Daarnaast werd de raadsman van verzoekster op 31 maart 2022 geïnformeerd over de nieuwe praktijk van de diensten van verwerende partij dat sinds oktober 2021 de MedCOI- bijlagen door hun artsen worden beveiligd omdat zij ook een link naar de gezondheid van betrokkenen kunnen geven en dat indien verzoekers deze stukken wensen in te kijken, zij DVZ hiervan dienen te informeren en de stukken afgeprint en overhandigd kunnen worden aan het onthaal. Hierop heeft verzoeksters raadsman verwerende partij meteen gecontacteerd op de MedCoi's op te vragen.

Zij kreeg het volgende antwoord van verwerende partij:

"Alle documenten moeten steeds eerst via openbaarheid van bestuur aangevraagd worden.

De mails worden chronologisch behandeld, ook voor uitsluitend medische stukken. De wet 11-04-1994 legt immers de Administratie op om dit binnen de 30 dagen te doen.

De reglementering op de openbaarheid van bestuur werd door de wetgever ingesteld om de transparantie van de besluitvorming in te stellen, niet als ondersteuning van individuele beroepen of dringende interventies.

Tevens wordt elke beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken in feite en in rechte gemotiveerd en bevat deze bijgevolg alle noodzakelijke elementen om een beroep in te dienen. " (stuk 4)

Verzoeksters raadsman verkreeg op 11 april 2022 het administratief dossier waarop zij meteen de kopie van de MedCoi's heeft aangevraagd, zoals aangegeven door verwerende partij (zie hierboven). Ondanks het aandringen heeft verwerende partij niet op deze verzoeken gereageerd (zie stuk 4).

Verwerende partij toont de beschikbaarheid van de nodige zorgen bijgevolg niet aan. Hierdoor wordt artikel 9ter van de Vreemdelingenwet geschonden. Verder vormt deze onzorgvuldige handelingswijze een schending van de zorgvuldigheidsplicht. Tot slot wordt de formele motiveringsplicht geschonden. Verwerende partij kan immers uit de bestreden beslissing (in samenlezing met het administratief dossier) niet opmaken of de nodige zorgen beschikbaar zijn in zijn land van herkomst.

2.2.2 Verwerende partij stelt verder in de bestreden beslissing dat de nodige behandeling voor verzoekster zowel beschikbaar als toegankelijk is in Marokko. 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 verzoekster, verwijst ze naar hulp van familie, vrienden of kennissen en het IOM. Ze gaat hiermee echter voorbij aan enkele essentiële zaken. Ten eerste maakt verwerende partij zich schuldig aan een zeer selectieve lezing van de aangehaalde rapporten. Ten tweede stelt zij ten onrechte dat verzoekster in Marokko zelf in de kosten kan voorzien. Ten derde houdt verwerende partij ten onrechte geen rekening met de door verzoekster in het initiële verzoekschrift aangehaalde landeninformatie.

Verzoekster is het niet eens met de bestreden beslissing 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 verzoekster beroep zou kunnen doen, nl. AMO (Assurance Médicale Obligatoire) en RAMED (Régime d'assurance médicale des économiquement démunis). Verwerende partij maakt zich echter schuldig aan een te optimistische inschatting van de hulp die deze instanties en projecten kunnen bieden.

In de bestreden beslissing stelt de arts-adviseur niet concreet op welke van beide systemen verzoekster beroep kan doen. De 2 gezondheidssystemen worden besproken maar er wordt niet geconcludeerd onder welk systeem verzoekster zou kunnen vallen in Marokko.

Hierna zullen beide systemen, namelijk AMO en RAMED, afzonderlijk bekeken worden.

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

Verder vermeldt verwerende partij het volgende: "Personen die onder het AMO-systeem vallen, krijgen behandelingen en medicijnen terugbetaald door de verzekering. Het percentage van terugbetaling varieert tussen de 70 en 100%. Kanker en diabetes staan op de lijst van lange termijnziekten, waardoor de terugbetaling hoger ligt."

Verzoekster is om te beginnen geen werknemer. Verzoekster heeft jaren geleden Marokko verlaten, en kan zich niet onmiddellijk terug inschakelen in de arbeidsmarkt bij aankomst in Marokko. Verzoekster is een dame van 53 jaar oud en kampt met ernstige medische problemen. Verzoekster is niet bepaald een 'young potential' die vlot een job zal vinden op de Marokkaanse arbeidsmarkt. Dit is geen realistische verwachting (zie ook infra).

Daarenboven is verzoekster geen gepensioneerde. Immers heeft verzoekster 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, 62 jaar in 2018 en uiteindelijk 63 jaar in 2019. **

Bovendien geeft verwerende partij geen concrete, precieze weergave van de toegankelijkheid van verzoekster tot het AMO-systeem en heeft zij dit niet afdoende onderzocht. Verwerende partij beperkt zich tot het geven van een opsomming van een aantal ziekten die beschouwd kunnen worden als "lange-termijn ziekte": "kanker en diabetes". Verwerende partij laat na in concreto na te gaan of de specifieke kanker van verzoekster onder het toepassingsgebied van AMO valt.

Tot slot oordeelde uw Raad in arrest nr. 264 781 over de (financiële) toegankelijkheid van AMO 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. "

(...) 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. " (RVV nr 264 781 van 2 december 2021)

Verwerende partij behoudt in bestreden beslissing volledig het stilzwijgen over deze voorwaarde die wordt gesteld om te kunnen profiteren van het AMO-systeem. Zij geeft geen concrete analyse aan omtrent verzoeksters specifieke situatie. Op geen enkele wijze tracht verwerende partij te weerleggen dat deze voorwaarde (54 dagen werken in een periode van 6 maanden vooraleer men in aanmerking kan komen voor de financiële steun van AMO) voor verzoekster niet langer zou gelden.

Bijgevolg zal verzoekster in geval van terugkeer, nog steeds éérs moeten werken, en vervolgens gedurende een periode bijdragen moeten betalen aan de ziekteverzekering AMO, vooraleer zij in aanmerking kan komen voor financiële steun. Zelfs indien zij medisch gezien in de mogelijkheid zou zijn om te werken (quod non), zou zij pas ten vroegste 6 maanden na de terugkeer steun van AMO kunnen krijgen. Hierdoor komt de continuïteit van de levensnoodzakelijke medische behandelingen van verzoekster in gedrang, met alle gevolgen van dien.

2.2.4 Verzoekster 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.

Verzoekster dient een arsenaal aan medicatie (13 stuks per dag) in te nemen voor haar kanker, diabetes, bloedarmoede en psychologische problemen. De behandelende artsen geven aan dat bij een stopzetting van deze medicamenteuze behandeling, er een infauste prognose bestaat. Bijgevolg zou verzoekster kunnen sterven indien zij haar medicatie niet inneemt.

Om te beginnen blijkt uit de motieven van de bestreden beslissing niet of de kosten van verzoeksters medicamenteuze behandeling worden gedekt door RAMED.

De arts-adviseur betwist in haar medisch advies niet dat deze medicamenteuze behandeling noodzakelijk is voor verzoekster. Zij geeft verder aan dat RAMED-patiënten gratis medicatie krijgen bij een hospitalisatie en dat kankerpatiënten gratis medicatie kunnen verkrijgen via het ACCES-programma van het Ministry of Health en de Lalla Salma Foundation. Zij insinueert bijgevolg dat verzoekster een beroep kan doen op RAMED en dat ook de kosten voor haar arsenaal aan medicatie hiervoor gedekt zal worden. Dit is echter te kort door de bocht. Uit onderstaande objectieve landeninformatie blijkt dat de medicamenteuze behandeling van verzoekster niet gedekt wordt 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.

Verzoekster dient op dagelijkse basis een medicijncocktail te nemen en werd in het verleden al meermaals opgenomen in het ziekenhuis, maar momenteel is een ziekenhuisopname niet aan de orde. Aldus zal zij geen aanspraak kunnen maken op gratis medicatie in Marokko.

Daarbij heeft verwerende partij het rapport (Country Factsheet - access to healthcare: Morocco, januari 2019) waarop zij zich baseert wel zeer selectief gelezen. Hierin staat dat de toegang tot gezondheidszorgen voor RAMED-patiënten niet eenvoudig is, dat bepaalde behandelingen niet beschikbaar zijn in publieke instellingen, dat de toegang tot oncologische zorgen moeilijk en tijdrovend is, en dat niet alle zorgen gratis zijn :

"Access to treatment for RAMED beneficiaries

RAMED patients are treated for free in public health facilities where all the costs of the medicines and treatments are covered. However, if some treatments or exams are not available in the public hospital the patient must pay for them out of pocket in a private facility. Only the drugs received in the public hospital are free, if the patient must buy other medicines in a private pharmacy, he/she must pay them out of pocket.

According to the MedCOI contact person MA11 'in the public sector, the access [to oncological care] is difficult and it can take some time to have an appointment because the patients don't have the financial means to go to the private sector which in turn offers quick services most of the time but the cost can be quite high. '

The MedCOI contact person MAI 1 adds that in the public sector it can take a few weeks or even a few months to access surgery. RAMED beneficiaries must wait their turn to access free treatments and medicines. Therefore, patients with an insurance (AMO or private) seek care in the private sector where for example the price of a session of chemotherapy is 'affordable'. Patients of the public sector may sometimes turn to private healthcare providers when the treatment is not available in the public hospital (for example PET scan, scintigraphy, GammaKnife surgery...)."

"Specialist - Medical imaging: RAMED beneficiaries: treatment is free in Regional hospitals (CHR) but access to treatment is limited in University Hospitals for tertiary care (and a reference letter is mandatory).

Treatment: Free for RAMED beneficiaries in public facilities. Reimbursed on the basis of the fees of the AN AM: MAD 300 (public facility) and MAD 1,000 (private facility)"

Artikel 121 van de Marokkaanse Wet nr. 65-00 van 3 oktober 2002 stelt verder 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 van deze wet biedt hierover geen uitsluitel, en verduidelijkt niet of verzoeksters medicamenteuze ambulante behandeling gedekt wordt door deze ziekteverzekering. Kan verzoekster haar benodigde dagelijkse medicatiecocktail gratis verkrijgen in publieke hospitalen, openbare gezondheidsinstellingen of bij gezondheidsdiensten van de staat terwijl zij een ambulante behandeling volgt, of gaat het enkel om de medicatie die men krijgt tijdens een residentiële behandeling? Kan verzoekster 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.

Indien we opnieuw kijken naar de bron waarop het advies van de arts-adviseur is gebaseerd (Country Factsheet - access to healthcare: Morocco, januari 2019) blijkt dat verzoeksters 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. [..]"

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

- Drugs and pharmaceuticals products given during treatment [..]"

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 "

Hier geeft verwerende partij, de auteur van dit rapport, aan dat ook outpatients in aanmerking komen voor gratis medicatie. Verzoeksters 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.htm>).

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: 'Le 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:

« 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 l'assurance 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 défectueuses 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 onvereenigbaar 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 verzoekster) zélf 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 verzoeksters 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.

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.

Verwerende partij zag 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.

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. "

Verwerende partij verwijst eveneens naar een BDA-document (BDA-20170519-MA-6537) in voetnoten 2, 3 en 5. Echter, dit document ontbreekt uit het administratief dossier van verzoekster (zie ook supra). Naar analogie met bovenstaande rechtspraak zou hieruit dus ook kunnen blijken dat een groot aantal van de patiënten de kosten van medicatie zelf moeten dragen.

Uit het rapport 'Country 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."

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."

"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. "

"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."*

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."

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 'poor' 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. "

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.

Verwerende partij voegt toe dat kankerpatiënten gratis medicatie kunnen verkrijgen via het ACCES-programma van het Ministry of Health en de Lalla Salma Foundation. Zij baseert zich hierbij opnieuw op bovenstaand rapport (Country Factsheet - access to healthcare: Morocco, januari 2019). Het rapport baseert zich op haar beurt op een verslag van Human Rights Watch waarbij zeer kort zonder bijkomende informatie hetzelfde wordt vermeld. De informatie van Human Rights Watch wordt op zijn beurt gestaafd op een verslag van 2006-2010 van de Lalla Salma Foundation zelf. Na het verslag van 2006-2010 werden er geen recentere verslagen meer gepubliceerd.

Verder beschikt de website van de Lalla Salma Foundation over geen recentere informatie omtrent de huidige beschikbaarheid en toegankelijkheid van het ACCESS-programma. Verwerende partij steunt haar argumentatie dus opnieuw op zeer gedateerde bronnen van 2006-2010 en geeft hierover geen enkele bijkomende argumentatie.

In kader van haar diabetes, gaat verwerende partij er zomaar van uit dat verzoekster gratis en eenvoudig toegang zal hebben tot specialisten en tot haar medicatie voor diabetes (sitagliptine en metformine). Zij geeft aan dat "er 23 centra zijn voor de behandeling van diabetes in Marokko. Patiënten kunnen er terecht bij een huisarts of endocrinoloog tot hun glycemie is gereguleerd. De zorgen zijn gratis voor RAMED-begunstigden en voor patiënten die in een diabetes referentiecentrum verblijven." Zij ziet hierbij volledig over het hoofd dat ambulante zorgen voor diabetes patiënten slechts gratis zijn in referentiecentra en dat specialisten daar niet steeds beschikbaar zijn. Metformine is bovendien niet steeds beschikbaar in publieke faciliteiten en de beschikbaarheid van sitagliptine wordt niet eens vermeld. Sitagliptine is tevens het duurste medicijn van de lijst:

"Specialists:

Public inpatient treatment price: Free for RA MED beneficiaries.

Public outpatient treatment price: Free for everyone in the reference centres for diabetes (in these facilities, these specialists are not always available). "

"According to 2016 WFiO data, the following medicines and basic technologies should be available in the public Basic Healthcare Facilities (ESSBs): insulin, metformin, sulphonylurea, blood glucose measurement, HbA1c test and urine strips for glucose and ketone measurement.

According to a medical thesis on the management of type 2 diabetes, the following medicines are delivered for free in public healthcare facilities: gliclazide 30 and 60 mg and glimepiride 2 mg (both from the sulphonylurea class), metformin 1,000 mg and human insulin 100 UI (rapid action, simple intermediate action and intermediate acting insulin premixed).

Gliclazide, glimepiride, glucagon, metformin, human insulin (rapid action, simple intermediate action and intermediate acting insulin premixed) and insulin lispro, insulin asparte and glulisine also appear on the list of essential medicines that should be available in the basic healthcare facilities (list available in annex 2). Patients in these ESSBs appear to be generally satisfied with 85% of them finding the necessary medication there. However, a few NGOs complained that some antidiabetic medicines like insulin and metformin were recurrently out of stock in some of the public facilities such as in Basic Healthcare Facilities or in public hospitals in low income areas. These shortages seem to be more the result of bad management of the stocks, orders and deliveries in public facilities rather than a national shortage as private pharmacies are not affected.

(...) Sitagliptine - Januvia - 100mg - tablet - 393 [price in MAD pr box in a private pharmacy] - 261 [price in MAD per box in a public hospital]"

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

Zo blijkt uit een rapport van Human Rights Watch van februari 2016 dat outpatients zoals verzoekster hun medicatie zelf dienen te betalen:

"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.

(...) 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."

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."

Het rapport van Human Rights Watch toont aan dat de analyse van de arts-adviseur foutief is. Human Rights Watch is een gezaghebbende bron, waardoor deze informatie niet zomaar aan de kant mocht worden geschoven. Wederom ging verwerende partij zeer onzorgvuldig te werk.

Ook uit een rapport van de Wereldbank blijkt dat RAMED-patiënten nog steeds veel out- of-pocket betalingen verrichten wanneer ze niet zijn opgenomen in een ziekenhuis:

"The definition of an explicit benefits package under RAMED that would be similar or at least closer to the nonsubsidized SHI schemes would be needed. It is recommended that the government consider broadening the RAMED benefits package to narrow the gap with nonsubsidized SHI schemes, which typically include an increasing number of health care services delivered by private providers. The government might want to consider starting such a reform with the definition of an explicit outpatient drug benefits package or an explicit outpatient diagnostic services benefits package similar to the lists of drugs and services included in the nonsubsidized SHI schemes' benefits packages, because these drugs and services are the main drivers of RAMED beneficiary out-of-pocket payments.

(...) The cost of health care delivered by private providers is—partially—covered by the nonsubsidized health insurance schemes only. Nonsubsidized health insurance schemes cover part of the costs of health care services delivered by private providers, but the share of actual copayments for their beneficiaries is unknown. The rest of the population must make out-of-pocket payments to cover these fees.

Hieruit blijkt opnieuw dat het niet vaststaat dat het arsenaal aan medicijnen dat verzoekster dagelijks moet innemen terugbetaald zal worden door RAMED.

Uw Raad oordeelde in arrest nr. 264 781 eveneens dat de ambtenaar-geneesheer niet tegemoet kwam aan de vereiste aan te tonen dat verzoekende partij geen beroep zal kunnen doen op RAMED. U wees hierbij ook op de bewijswaarde van het rapport van Human Rights Watch:

"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 precedents waarde kennen. Voorts wordt in deze redenering uitgegaan van de letterlijke wettekst 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 wettekst 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 wettekst - 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.

(...) 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. Consultaties worden ofwel terugbetaald ofwel zijn ze gratis afhankelijk van de verzekering onder de welke men valt.
- 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 verzekeringsstatus - 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 verzekeringsssystemen.
- 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 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. " (RVV nr 264 781 van 2 december 2021)

Verwerende partij moet motiveren en onderzoeken in welke mate verzoekster beroep kan doen op de door haar genoemde overheidsinitiatieven. Zij slaagt er niet in om de financiële toegankelijkheid van de nodige zorgen aan te tonen.

2.2.5 Ondanks het feit dat verzoekster verwijst naar de Etablissements de Soins de Santé de Base (ESSB) in haar verzoekschrift, met name om aan te geven dat basisgezondheidszorg erg beperkt is en dat deze faciliteiten zich vaak erg ver van de woonplaats van patiënten bevinden (verzoekschrift 9ter 14 oktober 2020, p. 16), rept verwerende partij geen woord over deze basisgezondheidszorg in haar bestreden beslissing.

Echter, alle nodige zorgen én medicatie voor verzoekster zijn niet gratis te verkrijgen in een ESSB. De beschikbare medicatie is gratis, maar er zijn slechts een beperkt aantal medicijnen beschikbaar in een basisgezondheidscentrum.

Enkel de medicatie die beschikbaar is in een ESSB is gratis volgens de bron waarop verwerende partij zich steeds baseert:

"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.

Verder dient er benadrukt te worden dat een ESSB een basisgezondheidscentrum vormt, dat bestaat naast de gewone ziekenhuizen, ondersteunende onderzoekscentra en de universitaire ziekenhuizen. Hoewel de nodige informatie ontbreekt, mag er aangenomen worden dat in een ESSB oftewel basisgezondheidscentrum enkel basisgezondheidszorg wordt verschaft.

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

Ter herinnering, verzoekster heeft nood aan de volgende medicatie (hetgeen ook de arts-geneesheer niet betwist) ter behandeling van haar dikke darmkanker met recidive levermetastasen, diabetes mellitus type 2, bloedarmoede en psychologische problemen:

- Ceterizine
- Januvia
- Metformax
- Mometasone
- Pantomed
- Tardyferon
- Totalip
- Ureum hydrofiel crème
- Xanax
- Zolpidem
- Zyprexa
- Collutap
- Contramal

Verder dient verzoekster opgevolgd te worden door een oncoloog, endocrinoloog, gastro-enteroloog en een psycholoog/psychiater.

Nergens blijkt dat àl deze medicatie en opvolging beschikbaar is in de basisgezondheidscentra (ESSB's). Gezien het grote aantal verschillende medicijnen is het uiterst twijfelachtig of deze allen voorhanden zijn in de basisgezondheidscentra.

Daarbij komt dan nog dat een oncoloog, endocrinoloog, gastro-enteroloog en een psycholoog/psychiater specialisten zijn. De zorgen die deze specialisten verschaffen, vallen geenszins onder de noemer 'basisgezondheidszorg', waardoor we mogen aannemen dat ze niet gratis consulteerbaar zijn in een ESSB.

Wanneer we tot slot kijken naar de bron waarnaar verwerende partij steeds in de bestreden beslissing verwijst 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. "

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 concluderen dat alle nodige zorgen én medicatie niet gratis beschikbaar is voor verzoekster in de ESSB's. Uit de bron van verwerende partij blijkt dat er frequente tekorten aan medicatie zijn in deze centra. Doordat verzoekster maar liefst 13 verschillende medicijnen dient in te nemen, en dient opgevolgd te worden door 4 verschillende specialisten (die geen basisgezondheidszorg verschaffen), zal de nodige zorg voor haar niet beschikbaar en toegankelijk zijn in de basisgezondheidscentra.

2.2.6 Verwerende partij ziet tevens over het hoofd dat verzoekster afkomstig is uit Al Hoceima in het Rif-gebied. Deze meeste gezondheidscentra zijn echter gevestigd in grote steden zoals Casablanca, Fez, Meknès, Marrakesh en Agadir. Deze steden bevinden zich op respectievelijk 554, 272, 324, 790 en 1014km van haar verblijfplaats. In dit geval zou verzoekster zich wekelijks moeten verplaatsen naar deze centra met het openbaar vervoer. Zij zou hiervoor urenlang (minimum 4u18min en maximum 11u47min per rit) onderweg zijn. Gezien de zwakke gezondheid van verzoekster en de onderontwikkeling van het openbaar vervoer in Marokko, zou dit een onhaalbare opdracht zijn.

Daarnaast is de gezondheidszorg in het Rif-gebied ondermaats ten opzichte van de rest van Marokko. Er bestaat slechts 1 arts per 4.201 inwoners, er heerst veel economische ongelijkheid en armoede:

"Le nombre moyen de personnes par médecin au Maroc est de 2 107 ; ce chiffre est multiplié par deux dans la région de Taza al Hoceima Tounate (4 201), tandis qu'il est divisé par deux dans la région du grand Casablanca."

'The most recent example of Riffi protest is the Hirak movement in 2016, which originated in Al Hoceima, a city on the Northern coast of Morocco. It began with a fishmonger, but quickly turned into a region-wide protest against the "uneven development and low economic growth" that the region experiences. The large Fes- Meknes region contains some of the Rif; Ibn Al Hassan is located in this region, specifically Fes, which is why I choose to highlight the difficulties of the Rif. People are coming from a poor segment of society and that makes following UP on their illnesses much more difficult and is the key reason for the failure of treatment - medicines are too expensive, and it is too difficult to get to the hospital. "

Verwerende partij had bovenstaande informatie tevens in acht moeten nemen.

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

'The International Organization for Migration', zoals verwerende partij zelf aangeeft, is 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 het vinden van inkomensgenererende activiteiten. Verwerende partij heeft echter nagelaten om na te gaan wat deze organisatie concreet zou kunnen betekenen voor verzoekster. 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 verzoekster.

Ook hierover nam Uw Raad reeds argumenten op in arrest nr. 210 348 van 28 augustus 2018:

"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 geduïd dat ook steun zou worden verleend voor het bekostigen van medische behandelingen. Ook met betrekking tot de verwijzing naar vrienden en kennissen, wordt geenszins gesteld dat deze de eventuele medische kosten op zich zouden kunnen nemen. Overigens blijkt uit het medisch advies van 6 maart 2018 zelf dat het om zeer bijkomende vermeldingen gaat. Immers wordt eerst en vooral de algemene situatie geschetst in het licht van de niveaus van gezondheidszorgen en de gratis medische zorgen voor behoeftigen. De ambtenaar-geneesheer geeft hiermee immers onmiskenbaar aan dat hij uitgaat van een zekere complementariteit tussen de financiële draagkracht van de verzoeker en de wijze waarop hij in zijn land van herkomst zou kunnen terugvallen op enige tussenkomst vanwege de overheid of via een verzekeringssysteem. Een en ander klemt des te meer nu de verzoekende partij lijdt aan een angststoornis die verdere gespecialiseerde opvolging door een psychiater en antipsychotica en antidepressiva behoeft, evenals aan diabetes mellitus en urologische problemen die met medicatie worden behandeld en waarvoor opvolging door een specialist is vereist. "

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. Verzoekster 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 verzoekster 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 verzoekster op dagelijkse basis dient te nemen.

Ook wat betreft de argumentatie van verwerende partij omtrent de steun van familie, vrienden of kennissen, wenst verzoekster 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 verzoekster op dagelijkse basis neemt, voor onbepaalde duur op zich nemen.

Ten slotte heeft verzoekster aan verwerende partij het bewijs bezorgd dat haar ouders overleden zijn en het bewijs dat zij niet gehuwd is in Marokko (zie stukken bij het te verzoekschrift tot verblijfsmachtiging). Haar broers en zussen bevinden zich allemaal in België en hebben intussen zelfs de Belgische nationaliteit verkregen.

2.2.8 Tot slot lijkt verwerende partij te suggereren dat verzoekster niet arbeidsongeschikt is. Zij meent dat verzoekende partij geen bewijs van algemene arbeidsongeschiktheid voorlegt en dat er geen elementen in het dossier aanwezig zijn die erop wijzen dat zij geen toegang tot de arbeidsmarkt zou hebben.

Verzoekster voegt hiervoor een attest van werkongeschiktheid toe van haar huisarts: "[verzoekster] is om medische redenen werkongeschikt en dit voor een lange periode (nog niet te bepalen wanneer ze terug geschikt bevonden zal worden)" (stuk 3).

Indien Uw Raad zou willen oordelen dat het in het kader van haar annulatiebevoegdheid onmogelijk zou zijn een *ex nunc* onderzoek te voeren en rekening te houden met documenten die voorgelegd worden en feiten die gerezen zijn nadat de verwerende partij de bestreden beslissing genomen heeft acht verzoekster het opportuun zich op grond van haar recht op een effectief rechtsmiddel zoals verzekerd door artikel 13 EVRM juncto artikel 8 EVRM en artikel 47 van het Handvest van Grondrechten van de Unie te beroepen op de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in functie van artikel 8 van het EVRM en het gemeenschapsrecht die duidelijk maken dat een *ex nunc* onderzoek noodzakelijk is, en er in graad van beroep rekening dient te worden gehouden met alle nuttige informatie die erop wijst dat verzoekster actueel in aanmerking komt voor een verblijfsrecht.

Het EHRM oordeelde op 20 september 2011, nr. 8000/08, *A.A. v. Verenigd Koninkrijk*:

"§ 67 The Government did not argue in their written observations that the Court should not have regard to facts which occurred after the final domestic decision in January 2008. The Court recalls that according to its established case-law under Article 3 of the Convention, the existence of a risk faced by an applicant in the country to which he is to be expelled is assessed by reference to the facts which were known or ought to have been known at the time of the expulsion; in cases where the applicant has not yet been deported, the risk is assessed at the time of the proceedings before the Court (see *Saadi v. Italy* [GC], no. 37201/06, BAILII: [2008] ECHR 179, § 133, ECHR 2008 ...).

The Court sees no reason to take a different approach to the assessment of the proportionality of a deportation under Article 8 of the Convention and points out in this regard that its task is to assess the compatibility with the Convention of the applicant's actual expulsion and not of the final expulsion order (see *Maslov*, cited above, § 93). Any other approach would render the protection of the Convention theoretical and illusory by allowing Contracting States to expel applicants months, even years, after a final order had been made notwithstanding the fact that such expulsion would be disproportionate having regard to subsequent developments. The Government have not explained whether further remedies within the domestic legal system are now available to allow the applicant to challenge his deportation a second time, nor have they suggested that the Court is precluded from examining developments on the basis that the applicant has failed to exhaust domestic remedies. In the circumstances, it is appropriate for the Court itself to assess the effect of this additional lapse of time on the proportionality of the applicant's deportation."

Het Hof heeft dit specifiek ten opzichte van België bevestigd in het arrest *Makdoudi t. België*, nr 12848/15 van 18 februari 2020:

« 87. Toutefois, cet élément ne permet pas de conclure à l'absence d'une vie familiale. Le requérant a en effet reconnu en juillet 2011, certes plus d'un an après sa naissance, l'enfant mis au monde par L.M. Or la notion de famille sur laquelle repose l'article 8 inclut, même en l'absence de cohabitation, le lien entre un individu et son enfant, que celui-ci soit né dans ou hors mariage (*Boughanemi c. France*, 24 avril 1996, § 39, Recueil des arrêts et décisions 1996 II). L'enfant s'insère de plein droit dans la cellule « familiale » dès sa naissance et par le fait même de celle-ci (*Elshotz c. Allemagne* [GC], no 25735/94, §43, CEDH 2000 VIII). De plus, la Cour rappelle que la question de l'existence d'une vie familiale au sens de l'article 8 doit s'apprécier à la lumière de la situation à l'époque où la mesure d'éloignement ou d'interdiction de séjour est devenue définitive (*Mokrani c. France*, no 52206/99, § 34, 15 juillet 2003, et *Maslov c. Autriche* [GC], no 1638/03, § 61, CEDH 2008), soit en l'espèce à la date de l'ordonnance du Conseil d'État du 13 septembre 2011. À ce moment, le requérant avait reconnu l'enfant depuis deux mois ; cet élément, acté par le Conseil d'État, n'a toutefois pas été pris en considération pour un motif procédural (paragraphe 15 ci-dessus). »

Het EHRM vereist met andere woorden een *ex nunc* onderzoek, en wil het beroep dat openstaat tegen de bestreden beslissing effectief zijn dan dient Uw Raad rekening te kunnen houden met de medische en andere documenten die worden gevoegd bij dit beroep die verzoeksters staat van behoeftigheid en afhankelijkheid aantonen.

In de Conclusie van AG M. Szpunar van 17 september 2020, in zaak C-710/19, *G. M. A. tegen de Belgische Staat*, heeft ook de AG bij het Hof van Justitie hier standpunt over ingenomen.

In die zaak werden twee prejudiciële vragen gesteld waarbij de tweede vraag luidde of de artikelen 15 en 31 van richtlijn 2004/38 en het in artikel 47 van het Handvest neergelegde beginsel van effectieve rechterlijke bescherming aldus moeten worden uitgelegd dat de rechterlijke instanties van het gastland in het kader van het onderzoek van de wettigheid van een besluit tot weigering van het verblijfsrecht voor meer dan drie maanden voor een werkzoekende burger van de Unie, verplicht zijn om rekening te houden met elke wijziging in de omstandigheden van de werkzoekende die zich heeft voorgedaan nadat de bevoegde autoriteiten hun besluit tot beperking van zijn verblijfsrecht hebben genomen, zo nodig door de nationale procedureregels buiten toepassing te laten indien een dergelijke wijziging in de omstandigheden aantoont dat de werkzoekende een dergelijk verblijfsrecht had.

De AG antwoordt hierop als volgt:

"108. Ik ben van mening dat een nationale regeling als die welke in het hoofdgeding aan de orde is, op grond waarvan het niet mogelijk is rekening te houden met de ontwikkeling van de situatie van een burger van de Unie, in strijd is met het doeltreffendheidsbeginsel, aangezien zij de nationale rechter belet te waarborgen dat artikel 14, lid 4, onder b), van richtlijn 2004/38, uitgelegd in het licht van artikel 45 VWEU, doeltreffend wordt toegepast. Met andere woorden, indien de toetsing die de bevoegde rechterlijke instanties moeten verrichten geen betrekking zou kunnen hebben op de voorwaarden van artikel 14, lid 4, onder b), van deze richtlijn, zou de doeltreffendheid van deze toetsing aanzienlijk worden verminderd. In die omstandigheden staat het aan de rechter die de rechterlijke toetsing uitvoert, om een doeltreffende bescherming van de uit het Verdrag en richtlijn 2004/38 voortvloeiende rechten te waarborgen door de betrokken nationale regelgeving buiten toepassing te laten.

109. Voor zover uit mijn voorstel volgt dat de betrokken nationale regels door de nationale rechter buiten toepassing moeten worden gelaten, ben ik van mening dat niet hoeft te worden nagegaan of deze regels verenigbaar zijn met artikel 47 van het Handvest. "

"110. In het licht van het voorgaande ben ik van mening dat elke wijziging in de omstandigheden van een burger van de Unie die werk zoekt, die zich voordoet nadat de bevoegde autoriteiten het besluit tot beperking van zijn verblijfsrecht hebben genomen, in aanmerking moet worden genomen bij de rechterlijke toetsing van die situatie, met name wanneer die wijziging betrekking heeft op de voorwaarden voor het behoud van het verblijfsrecht van een werkzoekende als bedoeld in artikel 14, lid 4, onder b), van richtlijn 2004/38. In die omstandigheden staat het aan de rechter die de rechterlijke toetsing uitvoert, om een doeltreffende bescherming van de uit het Verdrag en richtlijn 2004/38 voortvloeiende rechten te waarborgen door de betrokken nationale regelgeving buiten toepassing te laten."

Hoewel het arrest in de zaak G.M.A. geen antwoord biedt op deze tweede prejudiciële vraag lijkt vast te staan dat Uw Raad de relevante documenten gevoegd bij dit verzoekschrift mee in rekening dient te kunnen brengen, wil het rechtsmiddel tegen de bestreden beslissing doeltreffend zijn en in overeenstemming met artikel 47 van het Handvest.

Ook de voormalige AG, mevrouw E. Sharpston heeft zich uitgesproken over de wettigheid van de beperkingen die met een annulatieberoep van Uw Raad gepaard gaan bij de aanvechting van beslissingen die een uitvoering vormen van het Unierecht.

Ze deed dit meer bepaald op 12 februari 2021, met betrekking tot de zaak C-194/19, H.A. v. État belge, in een zogenaamde 'schaduwconclusie'.

Mevrouw Sharpston stelt in die conclusie vast dat de annulatieprocedure zoals die bestaat voor Uw Raad te rigide is in zoverre er geen ruimte is om feiten die zich hebben voorgedaan na het nemen van de bestreden beslissing in rekening te brengen om een effectief rechtsmiddel uit te maken <http://eulawanalvsis.bloaspot.com/2021/02/case-cl9419-h.html>):

"98. It seems to me that the existing examples in the Court's case-law of circumstances in which a national court must take subsequent facts into account already provide a clear hint that a 'pure' appeal confined to an examination of whether the applicable rules were correctly applied to the facts that were before the decision-maker at the time when he took the decision that is under challenge (based on a scrupulously exact view of what are the relevant facts) will not always satisfy the requirements of Article 27 (see points 76, 77 and 84 above). Thus, even when they opt for more limited review, Member States must always make provision for some mechanism whereby, in an appropriate case, the court to which the applicant goes in exercise of his right to effective protection under Article 27 is able to take later facts into account.

99. Thus, it seems to me that a power of review that is strictly limited to checking whether the law has been applied correctly to the facts before the decision-maker when the transfer decision was made, utilising the conventional tools of administrative law review, will not be sufficiently flexible to satisfy the requirements of Article 27 of the Dublin III Regulation as that provision has been construed in the existing case-law of the Court. "

"117. I emphasise that, in my view, the absolute nature of the Belgian rule that precludes judicial scrutiny of subsequent facts is what leads it to fall foul of Article 27 of the Dublin III Regulation (and what indeed, in certain circumstances, might clearly undermine the proper and effective operation of that Regulation). I can conceive of other, less restrictive rules limiting consideration of later facts (for example, that excluded such consideration in principle and required the applicant to put forward good reasons why later facts ought nevertheless to be taken into consideration in a particular case) that could more readily be justified in the name of legal certainty and the sound administration of justice.

118. The essential point is that doing justice in a way that guarantees effective protection requires rules that permit judicial flexibility in an appropriate case, rather than rules that cram the judge into a procedural straitjacket. "

"129. Accordingly, I suggest that in answer to the question referred for a preliminary ruling by the Conseil d'État (Belgium), the Court should rule as follows:

'Article 27 of [the Dublin III Regulation], read in conjunction with Article 47 of the Charter, precludes the application of a rule of national law that places an absolute prohibition on a national court taking into account (in an ordinary challenge, rather than in the exceptional context of an application for interim relief) circumstances that arose after the adoption of a 'transfer decision' within the meaning of Article 26 of that Regulation. In order to guarantee applicants for international protection the right to an effective remedy, as protected by Article 27 of the Dublin III Regulation and Article 47 of the Charter, a national court must have the possibility of taking such circumstances into account in any case brought before it challenging such a transfer decision, where it deems it appropriate and equitable to do so.

Het Hof heeft deze visie in arrest C-194/19 ook bevestigd:

"42 Volgens vaste rechtspraak van het Hof brengt het beginsel van procedurele autonomie met zich mee dat het, wanneer Unievoorschriften op het betreffende gebied ontbreken, een zaak van de interne rechtsorde van de lidstaten is om de procedureregels vast te stellen voor rechtsvorderingen die worden ingesteld ter bescherming van de rechten van de justitiabelen, op voorwaarde evenwel dat deze regels niet ongunstiger zijn dan die welke gelden voor soortgelijke situaties waarop het nationale recht van toepassing is (gelijkwaardigheidsbeginsel) en dat zij de uitoefening van de door het Unierecht verleende rechten in de praktijk niet onmogelijk of uiterst moeilijk maken (doeltreffendheidsbeginsel) [zie in die zin arresten van 18 juni 2002, HI, C-92/00, EU:C:2002:379, punt 67; 13 december 2017, El Hassani, C-403/16, EU:C:2017:960, punt 26, en 9 september 2020, Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (Afwijzing van een volgend verzoek - Termijn om beroep in te stellen), C-651/19, EU:C:2020:681, punt 34].

43 Tevens zij eraan herinnerd dat wanneer de lidstaten het Unierecht ten uitvoer brengen, zij moeten zorgen voor de eerbiediging van het in artikel 47, eerste alinea, van het Handvest neergelegde recht op een doeltreffende voorziening in rechte, dat het beginsel van effectieve rechterlijke bescherming opnieuw bevestigt (arrest van 19 december 2019, Deutsche Umwelthilfe, C-752/18, EU:C:2019:1114, punt 34).

44 In de eerste plaats vereist het gelijkwaardigheidsbeginsel dat het geheel van de regels die van toepassing zijn op vorderingen, gelijkelijk geldt voor beroepen die gebaseerd zijn op schending van het Unierecht en voor soortgelijke vorderingen die gebaseerd zijn op schending van het nationale recht (arrest van 15 maart 2017, Aquino, C-3/16, EU:C:2017:209, punt 50 en aldaar aangehaalde rechtspraak).

45 Wat in de tweede plaats het doeltreffendheidsbeginsel betreft, moet worden benadrukt dat een beroep tot nietigverklaring van een overdrachtsbesluit in het kader waarvan de aangezochte rechter geen rekening mag houden met omstandigheden die dateren van na de vaststelling van dat besluit en die beslissend zijn voor de juiste toepassing van de Dublin III-verordening, geen toereikende rechterlijke bescherming biedt die de betrokkene in staat stelt de rechten uit te oefenen die hij ontleent aan die verordening en aan artikel 47 van het Handvest."

Uw Raad dient rekening te kunnen houden met alle voorgelegde elementen, in zover ze relevant zijn, om te beoordelen of verzoekster onder artikel 20 VWEU een afgeleid verblijfsrecht heeft, en wat tot hoever de verplichtingen reiken van de Belgische Staat onder artikel 8 EVRM.

Daarenboven komt nog dat verzoekster reeds 53 jaar oud is. Het is vanzelfsprekend dat een vrouw met een dergelijk hoge leeftijd en met verschillende medische aandoeningen niet eenvoudig een job kan vinden, als zij al in staat zou zijn om te werken.

Deze stellingen van de arts-adviseur zijn dan ook erg onzorgvuldig en gaan volledig voorbij aan de elementen die aan het dossier werden toegevoegd en waarvan verwerende partij onmiskenbaar kennis had. Het is duidelijk dat dit een standaardmotivering betreft en dat dit aspect niet werd afgetoetst aan het individueel dossier.

Uit al het voorgaande blijkt dat verwerende partij een gebrekkig onderzoek voert naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de nodige zorgen in Marokko voor verzoekster. Bovendien heeft verwerende partij nagelaten om te kijken naar de actuele gezondheidssituatie van verzoekster en de medicamenteuze behandeling en opvolging die verzoekster moet volgen.

In deze omstandigheden heeft verwerende partij allerminst op redelijke, afdoende en zorgvuldige wijze onderzocht of verzoekster 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 verzoekster op dagelijkse basis een medicijncocktail dient te nemen en opgevolgd dient te worden door meerdere specialisten, lopen de kosten van deze medische behandelingen snel op.

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

Verzoekster kan deze kosten niet zelf dragen.

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

3.2.1. De bestreden beslissing is gesteund op het medisch advies van 11 februari 2022, waar in de bestreden beslissing naar wordt verwezen en dat samen met de bestreden beslissing ter kennis werd gebracht. De motieven van het medisch advies worden aldus geacht deel uit te maken van de bestreden beslissing. Het advies luidt als volgt:

"[...]

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medisch dossier voorgelegd door genoemde persoon in het kader van haar aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 14.10.2020.

- SMG d.d. 16-07-2020 van Dr. T.N .met de volgende informatie:

- o Voorgeschiedenis van coloncarcinoom in 2018 met herval en metastase in 2020, diabetes mellitus, ferriprievie anemie, hysterectomie, psychische angst
- o Actueel probleem: levergemetastaseerd darmcarcinoom, initiële diagnose in 2018, behandeld met heelkunde en chemotherapie met metastase in 2020
- o Ingreep in mei 2020 gepland
- o Intensieve opvolging noodzakelijk
- o Mantelzorg en psychologische ondersteuning is een must
- Schrijven van 13-05-2020
- Opname april/mei 2020: electieve opname voor resectie metastase
- MOC d.d. 05-05-2020: geen besluit
- Opname april 2020: postoperatieve follow-up
- Onco PET 04-03-2020: bevestiging van solitaire levermetastase
- MOC 25-02-2020: voorstel voor heelkunde
- Endocrinologie 03-10-2019: prima glycemiecontrole, diabetische nefropathie
- Anatomopathologie van hysterectomie 23-10-2019
- Aanmelding psychiatrie 16-07-2019: aanpassingsstoornis
- Aanmelding psychiatrie 09-07-2019
- Opname mei 2019 voor chemotherapie
- Opname april 2019 voor chemotherapie
- Opname januari 2019 voor chemotherapie
- Opname februari 2019 voor chemotherapie
- Opname maart 2019 voor chemotherapie
- Attest dat betrokkene opgevolgd wordt in CGG

Gezien de meest recente informatie reeds 1.5 jaar oud is wordt een actualisatie (jan 2022) van de medische toestand gevraagd ten einde een gefundeerd advies te formuleren.

Aangeleverde informatie:

- SMG d.d. 01-02-2022 van Dr. B. met als informatie: gemetastaseerd coloncarcinoom, recidief metastasen in februari 2021 met resectie en actueel intensieve opvolging met beeldvorming om de drie maanden. Bij recidief infauste prognose. Actueel geen behandeling vermeld
- Rapport 01-02-2022: echografie geen letsels
- SMG d.d. 26-01-2022 van Dr. V.H., huisarts met volgende informatie:
- o Uitgebreide vermelding van voorgeschiedenis
- o Actueel coloncarcinoom met solitaire levermetastase
- o Verwijzen naar schema voor de behandeling
- Bevestiging d.d. 18-01-2022 dat betrokkene opgevolgd wordt door CGG
- Raadpleging 28-09-2021 bloedcontrole en MRI gunstig
- Verslag opname mei 2021: opname wegens hevige pijn, diagnose clostridium difficile infectie
- Raadpleging 30-03-2021 controle na tweede ingreep, gunstig
- MOC 09-02-2021
- Medicatieschema: Ceterizine, Januvia, Metformax, Mometasone, Pantomed, Tardiferon, Totalip, Ureum hydrofiel crème, Xanax, Zolpidem, Zyprexa, collutaps, Contramal

Verwijzend naar uw vraag voor advies kan ik u meedelen dat het hier een dame betreft van actueel 52 jaar, afkomstig uit Marokko.

In 2018 onderging zij een multidisciplinaire behandeling (chirurgie en chemotherapie) voor een coloncarcinoom. In april 2020 onderging zij een resectie van een solitaire levermetastase met een heringreep in februari 2021 wegens een recidief. Actueel is er geen actieve behandeling meer voor de oncologische aandoening, alleen driemaandelijke opvolging. Opgemerkt dient te worden dat betrokkene adjuverende chemotherapie na de resectie van de metastase weigerde.

Naast de oncologische opvolging vertoont zij ook diabetes mellitus en neemt zij een uitgebreid arsenaal aan ondersteunende medicatie (indicatie waarom is niet altijd duidelijk)

- Ceterizine, antihistaminicum
- Januvia, = sitagliptine, diabetes
- Metformax = metformine
- Mometasone neusspray
- Pantomed = pantoprazole maagprotectie
- Tardyferon, ijzersupplement
- Totalip, = atorvastatine anticholesterol
- Ureum hydrofiel crème, vocht inbrengende crème

- Xanax, alprazolam anxiolyticum
- Zolpidem, slaapmedicatie
- Zyprexa, = olanzapine, antipsychoticum
- Collutap zuigtabletten met lidocaïne, amylnmetacresol, dichloorbenzylalcohol
- Contramal, pijnmedicatie

We vermelden ook psychologische ondersteuning in het CGG.

Betrokkene kan reizen.

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

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

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

- Aanvraag Medcoi van 07.10.2021 met het unieke referentienummer 15191
- Aanvraag Medcoi van 20.12.2021 met het unieke referentienummer 15359
- Aanvraag Medcoi van 24.01.2022 met het unieke referentienummer 15431
- Aanvraag Medcoi van 21.12.2021 met het unieke referentienummer 15354
- Aanvraag Medcoi van 26.01.2021 met het unieke referentienummer 14406
- Aanvraag Medcoi van 14.10.2020 met het unieke referentienummer 14037
- Aanvraag Medcoi van 26.03.2021 met het unieke referentienummer 14614
- Aanvraag Medcoi van 14.12.2021 met het unieke referentienummer 15341
- Aanvraag Medcoi van 10.03.2021 met het unieke referentienummer 14546

[...]

Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat alle medicatie beschikbaar is in het thuisland, Marokko.

Vanuit het standpunt van beschikbaarheid van de zorg is er geen tegenindicatie voor terugkeer naar Marokko vermits de opvolging in kader van de oncologische problematiek beschikbaar is. Mevrouw weigerde adjuvante therapie en alleen opvolging is actueel en deze is beschikbaar, de psychologische begeleiding is beschikbaar evenals de uitgebreide medicamenteuze therapie.

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

Betrokkene toont niet aan dat zij geen toegang heeft tot de benodigde zorg in het land van herkomst.

Verzoekster haalt aan dat de gezondheidszorg in Marokko ondermaats is en verwijst hierbij naar enkele algemene bronnen. Het EHRM heeft geoordeeld dat een eventualiteit van slechte behandelingen wegens een instabiele conjunctuur in een land op zich niet leidt tot een inbreuk op art. 3 EVRM (zie: EHRM 30 oktober 1991, Vilvarajah en cons.Nerenigd Koninkrijk, § 111) en dat, wanneer de bronnen waarover het beschikt, een algemene situatie beschrijven, de specifieke beweringen van een verzoekende partij in een geval moeten worden gestaafd door andere bewijselementen (zie: EHRM 4 december 2008, Y./Rusland, § 9; EHRM 28 februari 2008, Saadi/Italië, § 131; EHRM 4 februari 2005, Mamatkulov en Askarov/ Turkije, § 73; EHRM 73; EHRM 26 april 2005, Müslim/Turkije, § 68).

Bovendien 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 haar land van herkomst of het land waar zij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.

Er bestaan twee gezondheidssystemen in Marokko:

- *The Medical Assistance System (Régime d'Assistance Médicale of RAMED)* voorziet in de medische basisbehoeften.
- *The Compulsory Medical Insurance (Assurance Maladie Obligatoire of AMO)* dekt werknemers en gepensioneerden uit de private en publieke sector.

Economisch zwakkere mensen kunnen een beroep doen op het RAMED-systeem.

Personen die onder het AMO-systeem vallen, krijgen behandelingen en medicijnen terugbetaald door de verzekering. Het percentage van terugbetaling varieert tussen de 70 en 100%. Kanker en diabetes staan op de lijst van lange termijnziekten, waardoor de terugbetaling hoger ligt.

Er zijn twee categorieën 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.*

Volwassenen zonder familie, alsook personen zonder verblijfplaats kunnen gratis genieten van het RAMED-systeem.

Begunstigden van RAMED krijgen gratis eerste-, tweede- en derdelijnszorg in publieke ziekenhuizen, op voorwaarde dat ze eerst langsgaan in hun gezondheidscentrum.

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.

RAMED-patiënten krijgen gratis medicatie bij een hospitalisatie. Kankerpatiënten die outpatient-zorg krijgen in een regionaal oncologisch centrum, kunnen gratis medicatie verkrijgen via het ACCESS-programma van het Ministry of Health en de Lelia Selma Foundation.

Reiskosten en/of kosten voor huisvesting worden niet gedekt door RAM ED of door AMO.

De Leila Selma Foundation voorziet echter wel huisvestingsfaciliteiten voor kankerpatiënten en hun families. Deze NGO heeft enkele centra geopend, waar patiënten en hun familie onderdak kunnen krijgen tijdens een outpatient-behandeling. Ze bieden catering en animatie aan, alsook steun door psychologen, sociaal assistenten en vrijwilligers. Er zijn momenteel twee van deze centra gevestigd in Casablanca en één in Fez, Meknès, Marrakech en Agadir.

Er zijn 23 centra voor de behandeling van diabetes in Marokko. Patiënten kunnen er terecht bij een huisarts of endocrinoloog tot hun glycemie is gereguleerd. De zorgen zijn gratis voor RAMED-begunstigden en voor patiënten die in een diabetes referentiecentrum verblijven.

Betrokkene haalt aan dat de gezondheidsinstellingen vaak ver verwijderd liggen van de woonplaats.

De RVV oordeelde echter dat uit de bewoordingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet volgt dat in beginsel slechts dient vast te staan dat er een adequate behandeling mogelijk is in "het land van herkomst" en niet in de regio van herkomst in het betreffende land. In zoverre verzoekende partij dit zou veronderstellen, dient de arts-adviseur niet te onderzoeken of verzoekende partij in de onmiddellijke omgeving van haar vroegere woonplaats een adequate behandeling voor haar aandoening kan krijgen, doch slechts of deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst of het land waar zij gewoonlijk verblijft, waaronder inbegrepen dat van verzoekende partij redelijkerwijze moet kunnen worden verwacht dat zij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst begeeft waar verzoekende partij een behandeling kan verkrijgen. Dat dit in casu niet het geval zou zijn, wordt niet aangetoond (Arrest RVV nr. 209094).

Verzoekster is 52 jaar oud en legt geen bewijs van (algemene) arbeidsongeschiktheid voor. Bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat zij geen toegang zou hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat zij niet zou kunnen instaan voor de eventuele kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp.

Overigens lijkt het erg onwaarschijnlijk dat zij in Marokko geen familie, vrienden of kennissen meer zou hebben bij wie zij terecht kan voor (tijdelijke) opvang en hulp bij het bekomen van de nodige zorgen aldaar of voor (tijdelijke) financiële hulp. Betrokkene heeft bovendien nog een zus in België en woont momenteel in bij haar broer.9 Ook zij zouden betrokkene financieel kunnen bijstaan moest dit nodig zijn.

Niets verhindert verzoekster derhalve om terug te keren. Het staat haar 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:

Vanuit medisch standpunt kunnen we dan ook besluiten dat de pathologie bij de betrokkene, hoewel dit kan beschouwd worden als een medische problematiek die een reëel risico kan inhouden voor haar leven of fysieke integriteit indien dit niet adequaat behandeld en opgevolgd wordt, geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk zijn in Marokko.

Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland, (Marokko)."

3.2.2. Artikel 9ter, § 1, van de vreemdelingenwet bepaalt:

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

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

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

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

Uit artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet, volgt dat een verblijfsmachtiging kan worden toegestaan in twee gevallen:

- enerzijds wanneer de vreemdeling 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 (*Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 2478/008, 137-138*);
- anderzijds wanneer er actueel geen reëel risico is voor het leven of fysieke integriteit en de vreemdeling in principe kan reizen maar hij, 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, nrs. 229.072 en 229.073 van 5 november 2014*).

3.2.3. In zijn advies bevestigt de arts-adviseur dat verzoekster in 2018 een multidisciplinaire behandeling onderging voor een coloncarcinoom. In april 2020 onderging verzoekster een resectie van een solitaire levermetastase met een heringreep in februari 2021 wegens een recidief. De arts-adviseur merkt op dat verzoekster adjuverende chemotherapie na de resectie van de metastase weigerde.

De arts-adviseur stelt vast dat verzoekster op heden geen actieve oncologische behandeling, maar elke drie maanden een controle moet ondergaan. Verzoekster lijdt ook aan diabetes mellitus en dient dagelijks een uitgebreid "arsenaal" aan medicatie in te nemen.

Uit de informatie van de Med-COI databank leidt de arts-adviseur af dat een oncologische follow-up beschikbaar is met specifieke bloedanalyse en MRI en CT-scan. Psychologische begeleiding en de medicamenteuze therapie zijn eveneens beschikbaar. De arts-adviseur verwijst naar de gezondheidssystemen AMO en RAMED in Marokko. Voor werkenden of gepensioneerden voorziet AMO in de terugbetaling van kanker en diabetes. Voor economisch zwakkeren en armen voorziet RAMED in gratis hulp in publieke ziekenhuizen. Er is gratis medicatie bij hospitalisatie. Voor out-patient behandeling is er gratis medicatie in een regionaal oncologisch centrum via het Access-programma van het Ministry of Health en de Lalla Salma Foundation. De NGO Lalla Salma Foundation voorziet ook enkele huisvestingsfaciliteiten voor patiënten en hun familie tijdens de outpatient-behandeling.

3.2.4. In het eerste onderdeel betoogt verzoekster dat zij drie standaard medische getuigschriften (verder: SMG) waarin wordt gesteld dat de opvolging moet worden bepaald in functie van de verdere evolutie van de verzoeksters gezondheid en dat zij strikte medische opvolging nodig heeft, zowel in het kader van haar levermetastasen als haar psychologische toestand en bloedarmoede. De medische attesten geven aan dat zij intolerant is aan chemotherapie. Verzoekster voert aan dat de conclusies van de arts-adviseur de informatie van de ingediende standaard medische getuigschriften miskent. Met verwijzing naar de deontologische code van de artsen betoogt zij dat de arts-adviseur zich enkel heeft gebaseerd op het medisch dossier niet op een eigen onderzoek. Zij betoogt dat de arts-adviseur met het oordeel dat er actueel geen sprake is van actieve behandeling en er slechts driemaandelijks opvolging is, voorbijgaat aan het feit dat verzoekster wel degelijk dikke darmkanker heeft, reeds meermaals is hervallen en met recidive levermetastases kampt. Het feit dat verzoekster actueel geen actieve behandeling volgt, wordt verklaard door het feit dat de verzoekster de chemotherapie niet goed verdraagt en dat er actueel wordt gezocht naar een andere medische oplossing. Uit de bijlagen bij de SMG's blijkt dat verzoekster een intolerantie heeft voor de chemotherapie. Het feit dat zij momenteel geen chemotherapie volgt, betekent niet dat verzoeksters situatie stabiel zou zijn. Zij wordt nog steeds strikt opgevolgd door een oncoloog een gastro-enteroloog en moet om de drie maanden onder de scanner. Er wordt aldus gezocht naar een oncologische oplossing voor verzoekster en het feit dat er momenteel geen chemotherapie wordt voorzien is dan ook niet relevant. Er dient rekening te worden gehouden met de risico's die de verzoekster in de toekomst loopt als gevolg van haar ziekte en welke behandeling daarvoor noodzakelijk zullen zijn. Verzoekster betoogt dat het besluit dat zij actueel geen actieve medische behandeling nodig heeft deze elementen miskent. Zij voert aan dat het medisch advies gesteund is op de foutieve premisse dat verzoeksters kanker verdwenen zou zijn. Uit de neergelegde standaard medische getuigschriften kan volgens verzoekster worden afgeleid dat haar opvolging bepaald wordt in functie van de verdere evolutie van haar gezondheid. Zij betoogt dat zij hoe dan ook strikte medische opvolging behoeft. Zij wijst ook op het standaard medisch getuigschrift van 16 juli 2020 waarin dokter N.T. attesteert dat verzoekster nood heeft aan mantelzorg en dat zij daarenboven chemotherapie moeilijk verdraagt.

Vervolgens stelt verzoekster dat de informatie die werd aangewend in de bronnen zich niet in het administratief dossier bevindt. De verwerende partij heeft niet gereageerd op verzoeksters vraag om inzage. Verzoekster meent dan ook dat de motivering met betrekking tot de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de behandeling geen steun vindt in de stukken van het administratief dossier, zodat de beslissing niet afdoende gemotiveerd is.

3.2.5. Met betrekking tot het eerste onderdeel merkt de Raad op dat de arts-adviseur in het advies nergens stelt dat oncologische opvolging van verzoekster niet langer nodig zou zijn. Integendeel, er wordt uitdrukkelijk vermeld dat verzoekster driemaandelijks opvolging behoeft, dat zij ook aan diabetes lijdt en dat zij uitgebreide ondersteunende medicatie neemt. Op basis van de bronnen vermeld in de bestreden beslissing besluit de arts-adviseur dat de noodzakelijke opvolging voor de oncologische problematiek beschikbaar is in Marokko, net als de psychologische begeleiding en de uitgebreide medicamenteuze therapie. De arts-adviseur vermeldt ook dat er een in april 2020 een resectie was van een solitaire levermetastase met een heringreep in februari 2021.

Verzoekster neemt er aanstoot aan dat de arts-adviseur vermeldt dat zij chemotherapie weigerde, omdat hiermee aan voorbij wordt gegaan dat verzoekster intolerant was aan de chemotherapie. Het is echter niet omdat de arts-adviseur de redenen voor het niet volgen van chemotherapie niet specificeert, dat hij de medische stukken miskent.

Uit de door verzoekster voorgelegde SMG's blijkt immers duidelijk dat verzoekster thans oncologisch opgevolgd wordt en dat een eventuele behandeling nog te bepalen is. Met de vaststelling dat er thans geen actieve behandeling is en dat de opvolging kan verder gezet worden in Marokko, miskent de arts-adviseur de inhoud van de medische stukken niet. Dat de verdere behandeling volgens de behandelend arts moet worden bepaald volgens de evolutie van verzoeksters situatie, staat niet in de weg dat een dergelijke opvolging in Marokko eveneens beschikbaar is.

3.2.6. In een tweede onderdeel gaat verzoekster uitgebreid in op de toegankelijkheid van de medische zorg in Marokko. Vooreerst betoogt zij dat zij op 11 april 2022 een kopie van de MedCOI's heeft aangevraagd en dat hier niet op werd gereageerd. Zij voert aan dat zij niet kan opmaken of de nodige zorgen beschikbaar zijn in het land van herkomst.

Samen met de verwerende partij moet echter worden vastgesteld dat de informatie uit de MedCOI waar het advies naar verwijst, werd opgenomen in de bestreden beslissing, zodat verzoekster wel degelijk kennis heeft van de informatie op grond waarvan de bestreden beslissing genomen is. Deze bronnen werden ook aan het administratief dossier toegevoegd, dat ook in de loop van de procedure voor de Raad door de verzoekende partij kon worden ingezien. Verzoekster slaagt er in haar middel in zeer concreet in te gaan op de informatie in deze rapporten, waarmee zij aangeeft wel degelijk kennis te hebben van de gegevens waar het medisch advies op steunt. Voorts merkt de verwerende partij terecht op dat de termijn van dertig dagen, voorzien in artikel 6, § 5, van de wet van 11 april 1994 betreffende de openbaarheid van bestuur, op het ogenblik van het indienen van het beroep nog niet verstreken was.

Verzoekster maakt niet aannemelijk dat het eventueel niet tijdig kunnen inzien van het dossier in het kader van de wet openbaarheid van bestuur haar schade heeft berokkend. Het advies vindt aldus wel degelijk op afdoende wijze steun in de stukken van het administratief dossier.

3.2.7. Vervolgens voert verzoekster met betrekking tot de financiële toegankelijkheid aan dat de arts-adviseur voorbijgaat aan enkele essentiële elementen en dat de verschillende rapporten met landeninformatie selectief gelezen werden. In essentie betoogt verzoekster dat de toegankelijkheid van de medische zorg geenszins gegarandeerd is en dat vormen van steun waar de arts-adviseur naar verwijst haar niet zullen toelaten de noodzakelijke zorg te bekomen.

Met betrekking tot de twee systemen van gezondheidszorg in Marokko, RAMED en AMO, voert verzoekster aan dat deze steun te optimistisch wordt voorgesteld. In essentie betoogt verzoekster:

- dat AMO slechts een ziekteverzekering is voor werknemers en gepensioneerden gaat. Verzoekster is actueel geen werknemer of gepensioneerde en moet zich als drieënvijftigjarige met ernstige medische problemen terug integreren op de arbeidsmarkt. Zij betoogt dat niet werd nagegaan of haar specifieke vorm van kanker onder het toepassingsgebied van de AMO valt. Met verwijzing naar het arrest nr. 264 781 van de Raad beoogt verzoekster dat er geen rekening mee werd gehouden dat pas aanspraak kan worden gemaakt op het AMO-systeem wanneer tenminste vierenvijftig dagen gedurende zes maanden voorafgaand aan de aanvraag werd gewerkt en bijdragen werden betaald. Zij meent aldus dat de continuïteit van haar behandeling niet gegarandeerd is.
- o er blijkt niet dat RAMED de medicatie (13 stuks per dag) die zij thans neemt voor haar kanker, diabetes, bloedarmoede en psychologische problemen, terugbetaalt. Uit de Marokkaanse wet nr. 65-00 van 3 oktober 2002 en de geciteerde landeninformatie blijkt dat medicatie enkel gratis is in geval van hospitalisatie, zodat verzoeksters ambulante medicamenteuze behandeling hiervoor niet in aanmerking komt.
- o door onderfinanciering van de publieke zorg is de toegankelijkheid van een behandeling en de beschikbaarheid van geneesmiddelen beperkt. Er is sprake van lange wachtperiodes, gebrekkige infrastructuur en materiaal, corruptie,
- o wat betreft het verkrijgen van gratis medicatie via het ACCESS-programma van het ministerie van gezondheid en de ngo Lalla Salma Foundation, zou dit gesteund zijn op een verslag uit 2006-2010 en is er geen actuele informatie. Verzoekster meent dat deze informatie gedateerd is.
- o wat betreft de diabetes zijn ambulante zorgen slechts gratis in referentiecentra en zijn specialisten niet steeds beschikbaar. Human Rights Watch bevestigt dat ambulante patiënten hun medicatie zelf moeten betalen en dat slechts 50 procent van de bevolking een ziekteverzekering heeft, dat 2,5 miljoen personen wel in aanmerking komt voor een aansluiting bij RAMED maar dit in de praktijk niet verkrijgt. Dit wordt ook bevestigd door de Wereldbank.
- o Er werd ook geen rekening gehouden met de geografische toegankelijkheid van de faciliteiten voor basisgezondheidszorg, die zich vaak erg ver van de woonplaats van de patiënten bevinden. Verzoekster zou vanuit haar woonplaats urenlang onderweg zijn naar deze centra, wat onhaalbaar is.

- Uit niets blijkt dat een basisgezondheidscentrum er op is voorzien om verzoekster te behandelen. Zij moet immers worden opgevolgd door vier specialisten en dertien verschillende medicijnen nemen.
- De verwijzing naar steun van familie in Marokko is onrealistisch: verzoekster is niet gehuwd, haar ouders zijn overleden en haar broers en zussen wonen in België.
- Er wordt niet uiteengezet hoe de hulp van de IOM relevant kan zijn voor verzoekster. Zij is immers arbeidsongeschikt, wat zij aantoon met een medisch attest. Deze bijstand is bijgevolg zinloos.

3.2.8. De arts-adviseur motiveert dat er twee gezondheidssystemen bestaan in Marokko:

- het *Régime d'Assistance Médicale (RAMED)* dat voorziet in de medische basisbehoeften;
- het *Assurance Maladie Obligatoire (AMO)* dat voorziet in basisbehoeften.

Met betrekking tot het AMO, het systeem voor werkenden en gepensioneerden, stelt de arts-adviseur vast dat dit voorziet in de terugbetaling van behandelingen en medicijnen voor kanker en diabetes. Wat betreft het RAMED-systeem, stelt de arts-adviseur vast dat begunstigen gratis eerste-, tweede en derdelijnszorg in publieke ziekenhuizen krijgen, op voorwaarde dat ze eerst langsgaan in hun gezondheidscentrum. Gratis medicatie is voorzien bij hospitalisatie. Kankerpatiënten die outpatient verzorging krijgen in een regionaal oncologisch centrum, kunnen gratis medicatie verkrijgen via het ACCESS-programma van het ministerie van gezondheid en de Lalla Salma Foundation. Deze NGO biedt ook onderdak voor patiënten en hun familie tijdens een outpatient behandeling. Er is ook catering en steun door psychologen, sociaal assistenten en vrijwilligers. Er zijn twee centra in Casablanca, en één in Fez, Meknès, Marrakech en Agadir.

Aldus wordt wel degelijk gemotiveerd hoe medicatie kan worden verkregen buiten een periode van hospitalisatie. Verzoekster voert aan dat de informatie met betrekking tot de Lalla Salma Foundation gedateerd zou zijn. Hiermee toont verzoekster echter niet aan dat deze informatie niet meer relevant zou zijn of dat de activiteiten van deze ngo zouden zijn stopgezet.

Ook waar verzoekster verwijst naar tekortkomingen met betrekking tot de toegankelijkheid, wordt hiermee niet aannemelijk gemaakt dat deze tekortkomingen een dermate systemisch karakter zouden hebben dat verzoekster geen toegang meer zal krijgen tot de noodzakelijke zorg. Zoals in het medisch advies terecht op wordt gewezen, vereist artikel 9^{ter} van de vreemdelingenwet niet dat de medische voorzieningen van hetzelfde niveau zijn als in België.

Ook wat betreft de diabetes wordt gemotiveerd dat er 23 centra voor de behandeling van diabetes zijn in Marokko. Patiënten kunnen bij de huisarts terecht wanneer hun glycemie gereguleerd is. De zorgen zijn gratis voor RAMED-begunstigen en voor patiënten die in een diabetes referentiecentrum verblijven. Het feit dat niet alle specialisten steeds aanwezig zijn in de referentiecentra houdt niet in dat deze specialisten niet toegankelijk zouden zijn (zie administratief dossier, Belgian Desk on Accessibility(BDA), *Country Fact Sheet to Healthcare: Morocco*, January 2019, p. 77-79). Nadere lezing van deze informatie leert dat niet gecompliceerde gevallen in een basisgezondheidszorg worden behandeld waar zij elke drie maanden een afspraak krijgen. De medicijnen worden daar ook maandelijks gegeven of, om de drie maanden (BDA, p. 77). Er wordt expliciet geduïd dat de behandeling van outpatients in deze centra gratis is en in andere publieke faciliteiten gratis is voor RAMED-begunstigen. Aldus blijkt wel degelijk dat werd nagegaan dat deze behandeling beschikbaar en toegankelijk is. Uit de informatie in de BDA blijkt dat de medicatie kan gehaald worden in de basisgezondheidscentra of de referentiecentra voor diabetes. De kritiek van Human Rights Watch en de Wereldbank waar verzoekster naar verwijst heeft betrekking op de globale toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Marokko en doet geen afbreuk aan de motivering met betrekking tot de bestaande speciale programma's voor kanker- en diabetespatiënten. Waar verzoekster in dit verband betoogt dat zij afkomstig is uit het rifgebergte en dat het in rurale afgelegen gebieden veel moeilijker is toegang tot geneeskundige zorg te verkrijgen en zich te verplaatsen over lange afstanden, merkt de Raad op dat verzoekster thans in België woont. Verzoekster zet niet uiteen waarom zij zich bij terugkeer niet in een meer stedelijk gebied zou kunnen vestigen, of dichterbij een centrum waar zij de gepaste zorg kan krijgen. In dit verband kan ook worden opgemerkt dat de mogelijkheid om steun te krijgen van het IOM wel degelijk relevant kan zijn, onder meer voor het vinden van een geschikte huisvesting. Verzoekster werpt verder op dat zij enkel nog familie in België heeft, maar zij weerlegt daarmee niet het motief dat deze familie haar ook financieel kan steunen vanuit België.

3.2.9. Verzoekster maakt, gelet op wat voorafgaat, niet aannemelijk dat de arts-adviseur op kennelijk onredelijke of op onzorgvuldige wijze heeft besloten dat een adequate behandeling en opvolging beschikbaar en toegankelijk is in het land van herkomst, zodanig dat de medische problematiek geen reëel risico inhoudt op een onmenselijke vernederende behandeling.

Met betrekking tot artikel 3 van het EVRM merkt de Raad op dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) in zijn arrest nr. 41738/10 in de zaak *Paposhvili t. België* van 13 december 2016 in zijn § 183 het volgende heeft gesteld over de toepassing van artikel 3 van het EVRM inzake verwijdering van vreemdelingen die lijden aan een ernstige ziekte, het gaat om “*situaties die de verwijdering inhouden van ernstig zieke vreemdelingen waar ernstige aanwijzingen voorliggen dat hij of zij, ook al ligt geen imminent risico op overlijden voor, een reëel risico loopt in geval van afwezigheid van een gepaste behandeling in de ontvangende staat of het gebrek aan toegang tot een dergelijke behandeling, op blootstelling aan een ernstige, snelle en onomkeerbare achteruitgang van zijn of haar gezondheidstoestand resulterend in een intens lijden of in een betekenisvolle vermindering van de levensverwachting* (eigen vertaling)”. Hieruit blijkt dat het EHRM, ook al wordt niet langer een imminent risico op overlijden vereist, de lat nog steeds zeer hoog legt vooraleer het aanvaardt dat een schending van artikel 3 van het EVRM zich kan voordoen voor een zieke vreemdeling. De verwerende partij heeft op deugdelijke wijze heeft onderzocht en vastgesteld dat de noodzakelijke behandeling voor de verzoekster beschikbaar en toegankelijk is in Marokko. Een schending van artikel 3 van het EVRM is dan ook niet aan de orde.

Het middel is niet gegrond.

4. Korte debatten

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

Enig artikel

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

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op eenendertig augustus tweeduizend tweeëntwintig door:

dhr. C. VERHAERT,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. A.-M. DE WEERDT,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

A.-M. DE WEERDT

C. VERHAERT