

## Arrest

nr. 209 078 van 10 september 2018  
in de zaak RvV X / II

In zake: 1. X

Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat T. MOSKOFIDIS  
Rootenstraat 21/20  
3600 GENK

tegen:

de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie  
en Administratieve Vereenvoudiging.

### DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X en X en hun kinderen X en X, die verklaren van Kosovaarse nationaliteit te zijn, op 4 april 2018 hebben ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 28 februari 2018 waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen ontvankelijk doch ongegrond verklaard wordt.

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 22 mei 2018, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 3 augustus 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken S. DE MUYLDER.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KIWAKANA, die loco advocaat T. MOSKOFIDIS verschijnt voor de verzoekende partijen, en van advocaat M. DUBOIS, die loco advocaat E. MATTERNE verschijnt voor de verwerende partij.

### WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

1.1. Op 8 januari 2018 dienen de verzoekende partijen een aanvraag om machtiging tot verblijf in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet) in.

1.2. Op 28 februari 2018 wordt de onder punt 1.1. vermelde aanvraag ontvankelijk doch ongegrond verklaard. Dit is de bestreden beslissing, die luidt als volgt:

*“Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die op datum van 08.01.2018 bij aangetekend schrijven bij onze diensten werd ingediend door :*

*G., B. (..) (R.R. xxxxxxxx) geboren te Pristina op 15.04.1975*

*G., L. (..) (R.R. xxxxxxxx) geboren te Vucitern op 02.07.1976*

*+ kinderen*

*G., H. (..) (R.R.: xxxxxxxx), geboren op 29.09.1997*

*G., D. (..) (R.R. xxxxxxxxxxxx), geboren op 23.10.1999*

*G., A. (..), geboren op 05.03.2002*

*G., E. (..), geboren op 29.06.2003*

*G., R. (..), geboren op 16.09.2007*

*Nationaliteit: Kosovo*

*Adres: (..)*

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

*Reden(en) :*

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

*Er werden medische elementen aangehaald door G. B. (..) die echter niet weerhouden kunnen worden (zie medisch advies arts-adviseur dd. 23.02.2018)*

*Derhalve*

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

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

*Bijgevolg is niet bewezen dat een terugkeer naar het land van herkomst of het land waar de betrokkene gewoonlijk verblijft een inbreuk uitmaakt op de Europese richtlijn 2004/83/EG, noch op het artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).*

*Aangezien betrokkene reeds van ambtswege werd afgevoerd, dient er contact opgenomen te worden met de regionale directie van het Rijksregister om de afvoering wegens verlies verblijfsrecht te realiseren.”*

## 2. Onderzoek van het beroep

2.1. In een enig middel betogen de verzoekende partijen als volgt:

*“a) Schending van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet, de zorgvuldigheidsplicht iuncto de motiveringsplicht iuncto artt. 2-3 Wet Uitdrukkelijke Motivering Bestuurshandelingen*

*Volledig ten onrechte krijgen verzoekers een weigeringsbeslissing omtrent de aanvraag tot machtiging van verblijf om medische redenen, conform artikel 9ter van de Vreemdelingenwet.*

*In het medisch attest dd. 27.12.2017, van de behandelend geneesheer van verzoeker, wordt gesteld als volgt:*

*"Patiënt met gekende aangeboren hartafwijking waarbij de Li kransslagader ontspringt uit de arteria pulmonalis heeft met meer klachten. Echografisch zien we wat verminderde ventrikelfunctie in het LAD gebied. In vergelijking met recente waarnemingen lijkt de toestand enigszins minder gunstig te evolueren. Indicatie voor percutane sluiting Li-Re shunt van LAD naar arteria pulmonalis. Verdere regelmatige follow-up noodzakelijk gezien de mogelijkheid van chirurgische overbrugging naar LAD in de toekomst niet valt uit te sluiten."*

*Dat de Dienst Vreemdelingenzaken in de bestreden beslissing stelt dat de zorgen beschikbaar en toegankelijk zouden zijn in het land van herkomst, alsook dat er opvolging aldaar zou zijn.*

*Evenwel, uit de informatie waar verzoekers over beschikken, blijkt dat er zeer grote problemen zijn met betrekking tot de beschikbaarheid en de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Kosovo.*

*Er kan gewezen worden op het niet-bestaande ziekteverzekeringsfonds, problemen met corruptie,... Eveneens wensen verzoekers te benadrukken dat zij te maken krijgen met discriminatie wegens hun etnische origine.*

*Access to Healthcare in Kosovo, Kosovo Womens Network, 2016 (vrije vertaling: Toegang tot Gezondheidszorg in Kosovo, Kosovo Vrouwen vereniging 2016):*

*Conclusion: Many structural problems remain in achieving a fully integrated healthcare system. The ongoing transition from a centralized socialist model, a weak data management system and the non-existent Health Insurance Fund all present challenges. Governance and accountability issues combined with limited funding and corruption impede the functionality and quality of healthcare.*

*(vrije vertaling:*

*Conclusie: er zijn nog veel structurele problemen in de gezondheidszorg. De overgang van een gecentraliseerd socialistisch model, een zwak gegevensbeheersysteem en het niet- bestaande ziekteverzekeringsfonds vormen allemaal uitdagingen. Problemen met beheer en verantwoording in combinatie met beperkte financiering en corruptie belemmeren de functionaliteit en kwaliteit van de gezondheidszorg.)*

*Conclusion: Overall, the health status of study respondents seems to be quite well, as self-assessed. When compared to EU countries, it lies in the range of the countries with best self-assessed health status. However, the age structure in Kosovo differs from other countries where health is assessed similarly, such as Sweden. Since Kosovo's population is far younger, chronic diseases would not be expected to impact health as much at this point in time. Several mismatches exist between self-reported and reportedly diagnosed illnesses, the reasons for which are unclear. Based on respondents' reports, breast, stomach and colon cancer appear to be the three most common forms of cancer among women, while lung, colon and stomach cancer seem to be leading types of cancer among men. The cases seem to point to an increase in recent years. Unfortunately, the findings relating to cancer could not be compared to other scientific findings, as Kosovo's cancer registry is still not fully functional nor accessible via Internet. Comparing the survey findings related to self-assessed health to actual health statistics in Kosovo was outside the scope of this particular research.*

*The perceived and reported health status provides context for the chapters that follow, which examine how Kosovars utilize healthcare services and which barriers they may face in accessing healthcare.*

*(vrije vertaling:*

*Conclusie: over het algemeen lijkt de gezondheidstoestand van de respondenten van de studie vrij goed te zijn. De leeftijdsstructuur in Kosovo verschilt echter van die in andere landen, zoals in Zweden. Aangezien de bevolking van Kosovo nog veel jonger is, wordt niet verwacht dat chronische ziekten op dit moment van invloed zijn op de algemene gezondheidssituatie in het land. Op basis van de rapporten van de respondenten lijken borst-, maag- en darmkanker de drie meest voorkomende vormen van kanker bij vrouwen te zijn, terwijl long-, colon- en maagkanker de drie meestvoorkomende vormen van kanker bij mannen lijken te zijn. Het lijkt dat er een toename is geweest gedurende de afgelopen jaren. Er dient gewezen te worden op het feit dat het register van kanker in Kosovo nog steeds niet volledig functioneel noch toegankelijk is via internet.)*

*Conclusion: Patterns of healthcare utilization in Kosovo help define and contextualize access to healthcare and healthcare habits among citizens. Overall, use of healthcare services remains low in Kosovo, especially for preventive care. Rural Kosovars used healthcare services even less. As age increases, persons generally tended to use services more. With no comprehensive screening programs in place for cardiovascular or malign diseases, Kosovars' usage of screenings was very low. Regarding primary care, up to a quarter of Kosovars tended not to visit a doctor or dentist, even if they perceive a need. The percentage of persons not seeking care when needed was far higher in Kosovo than in the EU. Reasons given included costs, a 'wait and see' strategy, fear and time constraints. These and other barriers will be discussed further in the chapters that follow. Overall, in order to improve primary and preventive care utilization, the availability of such services must be better communicated and attitudes towards utilizing services changed. More specifically, the high lifetime prevalence of abortions shows a need for better family planning counselling and distribution of contraceptives in primary care. 129 There is probably under-usage of mental health services, particularly considering the high prevalence of mental diseases following the war and stigma associated with mental illness that seemingly prevents citizens from seeking care. When mental diseases turn psychosomatic and are not diagnosed as such, this can lead to over-utilization of other healthcare services. Medications seem to be utilized widely, but unfortunately this survey did not differentiate between medications bought with or without prescription. Even so, interviews and observations strongly suggest that drugs are being misused and bought without a prescription, particularly tranquilizers and strong pain killers. Illegally obtaining antibiotics based on self-diagnosis may pose a threat to the individual's health and especially to public health, regarding the creation of microbial resistance. Illegally obtaining narcotics for an addiction also harms the individual*

and can lead to psycho-social problems, especially in a society with a huge burden of untreated trauma. As the public and private systems continue to coexist, there must be better regulation and enforcement. Currently there appears to be good and bad in each system. However, patients ultimately suffer from reduced quality of care and conflicts of interest among providers. So long as doctors have a financial incentive to work in both sectors and to have more patients, it is unlikely that behaviours of employment in both sectors will change. The next three chapters address more specifically what may be preventing citizens from accessing quality healthcare in Kosovo.

(vrije vertaling:

Conclusie: Over het algemeen wordt er weinig aan gezondheidszorg gedaan in Kosovo, vooral preventieve zorg. Bewoners in landbouwgebied gebruikten gezondheidszorg nog minder. Hoe ouder de personen, hoe meer ze gezondheidszorg gebruikten. Het aantal screenings voor cardiovasculaire en kwaadaardige ziekten is laag. Voor wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg, had tot een kwart van de Kosovaren niet de neiging om naar een arts of tandarts te gaan, zelfs als ze het nodig vonden. Dit percentage is in Kosovo veel hoger dan in de EU. De redenen zijn: o.a. kosten, afwachtende houding, angst en tijdsdruk.

Om de primaire en preventieve zorg te vermeerderen, dient de beschikbaarheid van deze diensten beter worden gecommuniceerd en de houding ten opzichte van het gebruik van deze diensten dient te veranderen. Er wordt te weinig gebruik gemaakt van mentale gezondheidszorg. Maar er worden veel medicijnen geconsumeerd. De publieke en private systemen blijven momenteel naast elkaar bestaan. Hierdoor moet er betere regelgeving en handhaving zijn. Zolang artsen hierdoor meer geld zullen verdienen en meer patiënten kunnen krijgen, is het onwaarschijnlijk dat dit zal veranderen.)

Conclusion: Although the access indices did not reveal many significant differences between men and women, several individual survey questions did. Notable differences existed relating to decision-making and sociocultural barriers. In Kosovo, important decisions within the household including when women and children should go to the doctor remain overwhelmingly made by men, which can hamper women's access to healthcare. This holds true for decisions regarding family planning, when not made jointly. Also, if family resources are scarce, male family members may be prioritized for receiving healthcare services. Broader, interrelated socioeconomic factors like women's low employment rates that limit their access to finances, time restraints and women's unpaid caretaker role all may hamper women's access to healthcare. Cultural beliefs that women or men should 'be strong' and not seek healthcare, or that single, widowed or older women no longer need reproductive care exist in Kosovo, though they are not particularly prevalent. Cultural values relating to the gender of the health worker, especially the gynaecologist, may undermine some women's access to healthcare. Since free choice of the healthcare provider is a legal right in Kosovo, 141 this suggests rights violations possibly due to a lack of female staff. In some instances, healthcare workers' beliefs about women and men also may impact patients' access to information and care. Addressing gender-related sociocultural barriers to women and men accessing healthcare will require awareness-raising towards shifting social norms, beliefs and values so that everyone can access healthcare.

(Vrije vertaling:

Conclusie: In Kosovo blijven belangrijke beslissingen binnen het huishouden vooral door mannen gemaakt, wat de toegang van vrouwen tot gezondheidszorg kan belemmeren. Dit geldt voor beslissingen met betrekking tot gezinsplanning, wanneer deze niet gezamenlijk worden genomen. Ook andere elementen kunnen de toegang van vrouwen tot gezondheidszorg belemmeren, zoals de lage arbeidsparticipatie van vrouwen. Ook culturele overtuigingen spelen mee, zoals dat vrouwen of mannen 'sterk' moeten zijn en geen gezondheidszorg behoeven.)

Conclusion: Residents of rural areas had more limited access to healthcare than did their urban counterparts. Financing healthcare was especially difficult for rural women. The distance to the healthcare facility was considered a problem by more rural citizens than urban citizens, especially when a personal car was unavailable. Rural women, substantially more than urban women, also tended to need to ask for permission before visiting a doctor. Perhaps related to their average educational levels, rural inhabitants had less awareness of their rights to healthcare than their urban counterparts. Rural citizens also valued their relationship with healthcare providers worse, though urban men ranked the quality of providers lowest. Thus, residency was a significant factor when determining if a Kosovar will have access to healthcare despite the strategic location of primary care centres, which has sought to minimize geographic barriers.

(Vrije vertaling:

Conclusie: Bewoners van plattelangsgebieden hebben beperktere toegang tot gezondheidszorg dan stedelijke bewoners. Financiering van de gezondheidszorg was vooral moeilijk voor vrouwen op het platteland. De afstand tot ziekenhuizen is een groter probleem voor plattelandsbewoners dan voor bewoners van steden.

Vrouwen van het platteland vroegen ook veel meer toestemming om naar de dokter te gaan dan vrouwen van de stad. Misschien heeft dit ook te maken met het niveau van hun opleiding, waardoor ze zich minder bewust zijn van hun rechten.)

*Conclusion: Most minority ethnic groups faced more difficulties accessing care than the Albanian majority population does. Economic barriers were highest for Bosnians, Roma, Ashkali, Egyptians and Gorani, while Serbs were better off. Due to their remote location, Gorani faced the most geographic barriers to healthcare, including unavailability of emergency services. None reported using a car, though this was by far the most common travel mode for Albanians to reach a doctor. Regarding cultural barriers, again Serbs scored better than all other ethnic groups, and Gorani faced the most barriers. Bosnians and Gorani knew least about their rights to healthcare. One potential explanation for the apparently better scores of Serbs may be the parallel healthcare system that exists in Mitrovica, where a large portion of the Serb population resides.*

*(Vrije vertaling:*

*Conclusie: de meeste minderheidsgroeperingen hebben meer problemen om zorg te verkrijgen dan de Albanese meerderheidsbevolking. Economische belemmeringen waren het grootst voor Bosniërs, Roma, Ashkali, Egyptenaren en Gorani, terwijl de Serviërs beter af waren. Gorani hebben te maken met de grootste barrières op geografisch vlak tot het bekomen van gezondheidszorg. Niemand van de minderheidsgroepen meldde het gebruik van een auto, hoewel dit verreweg de meest gebruikelijke vervoersmiddel was voor Albanezen om een dokter te bereiken. Wat betreft culturele barrières scoorden opnieuw Serviërs beter dan alle andere etnische groepen, en Gorani hadden de meeste hindernissen. Bosniërs en Gorani wisten het minst over hun rechten op gezondheidszorg. Een mogelijke verklaring voor de schijnbaar betere scores van Serviërs kan het parallelle gezondheidszorgsysteem zijn dat bestaat in Mitrovica, waar een groot deel van de Servische bevolking woont.)*

*Conclusion: Insufficient knowledge of where and how to obtain care seems to prevent many citizens from seeking and accessing healthcare, including family planning information. Providers not knowing or wanting to know modern information hinders citizens' access to current health information. This was especially obvious when it came to family planning methods, as some healthcare workers still recommended withdrawal and demonized hormonal contraceptives due to their potential side effects. When citizens did access the healthcare system, rights abuses have been reported to occur. Although the numbers of misdiagnoses and discrimination cases may seem small, they demonstrate that rights violations do exist. It seems that the patient's right to be informed about his or her state of health may not always be respected, particularly if health professionals withhold such information at the request of the patient's relatives or on paternalistic grounds. One in five respondents did not consider confidentiality their right, and widespread violation of confidentiality seemed to occur. This includes reporting diagnoses in front of others or directly to family members, not storing records safely and doctors talking about which patients they saw. Violations of confidentiality prevent people from accessing care, particularly when they do not want others to know that they are seeking care. Very few people reported rights violations when they occurred. This makes it difficult to address such violations and encourage improved behaviour, potentially preventing future rights violations.*

*(Vrije vertaling:*

*Conclusie: onvoldoende kennis over gezondheidszorg, zorgt ervoor dat weinig burgers naar gezondheidszorg zoeken en toegang krijgen. Ook zijn bepaalde diensten die belang hebben om verkeerde informatie te verschaffen, zoals voor gezinsplanning. Het lijkt erop dat het recht van de patiënt om te worden geïnformeerd over zijn of haar gezondheid niet altijd wordt gerespecteerd, vooral als gezondheidswerkers dergelijke informatie weigeren op verzoek van de familieleden van de patiënt. Eén op de vijf respondenten heeft hun consultaties niet als vertrouwelijk ervaren en er leek een wijdverbreide schending van de vertrouwelijkheid te zijn. Dit omvat het rapporteren van diagnoses voor anderen of rechtstreeks aan familieleden, het niet veilig opslaan van gegevens en artsen die praten over welke patiënten ze hebben gezien. Overtredingen van vertrouwelijkheid verhinderen dat mensen toegang tot de zorg krijgen, vooral wanneer ze niet willen dat anderen weten dat ze zorg zoeken. Zeer weinig mensen meldden schendingen van hun rechten. Dit maakt het moeilijk om dergelijke schendingen aan te pakken en verbeterd gedrag aan te moedigen, waardoor toekomstige schendingen van rechten mogelijk worden voorkomen.)*

*(<https://www.womensnetwork.org/documents/20170206150329798.pdf>)*

*Ook in een ander recent verslag, van maart 2016, blijkt dat corruptie in Kosovo, vooral in de gezondheidssector, een zeer zwaar probleem uitmaakt.*

*Corruption*

*According to the Transparency International Global Corruption Barometer 2007, 67 % of respondents in Kosovo paid bribes to obtain services (not just health services). On the Corruption Perception Index (CPI), Kosovo ranks 105 out of 176 countries (least corrupt is 1 out of 176). It is embedded in the mindset of Kosovars that without bribing a doctor or a nurse in the state hospital, there is no service and*

care to be *pro vide* for their beloved ones. Corruption in healthcare is harmful due to many reasons: 1. It can have catastrophic effects on low income families by pushing them further into poverty. 2. Such payments are made directly to health care workers, do not contribute to improving health care infrastructure, and therefore are not recorded. Consequently, taxes are not collected, which in turn could be used for the healthcare system itself. At lower levels, corruption has often been encountered in the form of favoritism and small bribery. Similar to other places in the region, this situation in the health sector is especially alarming, and it extends to education, rule of law institutions and public administration (Civil Society against corruption, 2010). Nonetheless, reports show that corruption is more widespread in the situations where citizens face difficulties in gaining access to basic health services, without using connections or paying bribes. Kosovars blamed the hospitals, for most corruption in the society (Chicago-Kent College of Law, 2006). Only 15% of respondents had health insurance, and 84% reported not having it. In a survey conducted by the USAID in 2013, it was noted that this implies their healthcare costs have to be provided from outside sources, including assistance from family, relatives or friends. A large number of Kosovars seek services outside Kosovo, either in neighboring Macedonia, Albania and Serbia or in Western Europe.

(VRIJE VERTALING:

Corruptie

Volgens de Transparency International Global Corruption Barometer 2007 betaalde 67% van de ondervraagden in Kosovo steekpenningen om diensten te krijgen (niet alleen gezondheidsdiensten). Op de Corruption Perception Index (CPI) scoort Kosovo 105 van de 176 landen (het minst corrupt is 1 van de 176). Het zit ingebed in de mindset van Kosovaren dat er geen service en zorg is zonder een arts of een verpleegster in het staatsziekenhuis om te kopen. Corruptie in de gezondheidszorg is om vele redenen schadelijk: 1. Het kan catastrofale gevolgen hebben voor gezinnen met een laag inkomen door ze verder in armoede te brengen. 2. Dergelijke betalingen worden rechtstreeks aan gezondheidswerkers gedaan, worden niet geregistreerd en daarom dragen ze niet bij aan de verbetering van de gezondheidszorginfrastructuur.

Bijgevolg worden er geen belastingen op geheven, die op hun beurt kunnen worden gebruikt voor het gezondheidszorgstelsel zelf. Op lagere niveaus is corruptie vaak aangetroffen in de vorm van vriendjespolitiek en kleine omkoping. Het grootste probleem is corruptie in de gezondheidszorg, maar er is ook corruptie in onderwijs, bestuur en dergelijke. Uit een onderzoek door USAID in 2013 bleek dat dit impliceert dat hun kosten voor gezondheidszorg vaak betaald wordt door anderen, zoals familieleden of vrienden. Ook een groot aantal Kosovaren zoekt diensten buiten Kosovo, zoals in het naburige Macedonië, Albanië, Servië, of in West-Europa.)

(Health care in Kosovo, maart 2016)

Eveneens zijn er problemen door discriminatie van Roma in Kosovo:

MINORITY RIGHTS: KOSOVO-ROMA, ASHKALI AND EGYPTIANS (vrije vertaling: Rechten van Minderheden: Kosovo - Roma, Ashkali en Egyptenaren)

Current issues

Roma, Ashkali and Egyptians in Kosovo today are still *mi red* in poverty, lack physical security and freedom of movement. In their makeshift settlements, they lack access to education and public services, including health care, justice, and employment.

Unemployment is also a pressing problem for these three communities, with some estimates suggesting levels of more than 90 per cent. For Roma, Ashkali and Egyptians in general, and women in particular, low basic education and high levels of illiteracy also continue to be a problem, compounded by poverty, a lack of resources and long-held cultural views on the role of women. They also face particular disadvantages as they lack political influence and do not, unlike Kosovo's Serbs, have the backing of a kin state.

Poverty amongst this group is widespread. Though Roma, Ashkali and Egyptians have a total of four reserved seats in the Kosovo Assembly, they remain excluded from real participation in political life and discussions on the future status of Kosovo.

According to some estimates, as many as 100,000 Roma, Ashkali and Egyptians were displaced during the period of the conflict. Returns have been obstructed as there is no clear framework for resettlement, no housing to replace destroyed homes, and no reintegration policies. Even though in 2013 the Municipal Offices for Communities and Return were established to help in creating the conditions for sustainable return of refugees, displaced persons and repatriated persons, those who have been repatriated are still struggling to access employment, education and health care. Many displaced Roma living outside Kosovo are reluctant now to return due to poor security, poor living conditions and fear of ethnic conflict; according to UN data, 8.8 per cent of displaced Roma surveyed in 2010 expressed themselves unwilling to return to Kosovo, a figure that had fallen to just 2.4 per cent by 2014

*In May 2017, the European Roma Rights Centre (ERRC) called on the UN to issue a public apology, individual compensation and medical treatment for Roma, Ashkali and Egyptian community members who suffered lead poisoning while residing in displacement camps situated on contaminated land. Though the UN subsequently announced the creation of a trust fund to carry out community-based assistance projects, civil rights groups have argued that this does not go far enough to address the situation of the victims and have called for compensation and immediate medical treatment for those affected.*

*Inadequate housing is one of the major issues facing Roma, Ashkali and Egyptians, with many segregated in informal settlements that jeopardize their health and well-being while also reinforcing their social exclusion. There have been a number of recent initiatives to target marginalized communities, both under the auspices of the EU (for example, the 2005-2015 Decade of Roma Inclusion) and by Kosovan authorities themselves. For example, in March 2015 the Minister of Labour and Social Welfare gave a green light for a project to support Roma, Ashkali and Egyptian communities in Mitrovica, with support from the Swedish Agency for International Development, to improve job skills and access to the labour market.*

*Their situation is further complicated by lack of personal documentation: the documents of many community members were destroyed during the conflict or are not recognized by local authorities since Kosovar and Serbian administrations both require their own documents before allowing access to public services. Research by the ERRC in 2017 has shown that, despite efforts to support Roma inclusion, many community members still face problems obtaining fundamental rights such as healthcare and social assistance.*

*Access to education continues to be a major problem, with low attendance, high drop-out rates, limited participation in higher education (especially among girls) and a lack of study materials in their native languages. In addition, many Roma children are enrolled in schools using the curriculum funded by the Republic of Serbia, even though many students may not even be able to speak or understand the Serbian language well enough to attend classes. Many children are also discriminated against based on cultural stereotypes and prejudices.*

*Vrije vertaling:*

*Huidige problemen*

*Roma, Ashkali en Egyptenaren in Kosovo zijn nog steeds in armoede, hebben gebrek aan fysieke veiligheid en bewegingsvrijheid. In hun geïmproviseerde nederzettingen hebben ze geen toegang tot onderwijs en openbare diensten, zoals gezondheidszorg, justitie en werkgelegenheid. Werkloosheid is ook een dringend probleem voor deze drie gemeenschappen, waarbij volgens sommige schattingen meer dan 90 procent. Voor Roma blijven Ashkali en Egyptenaren in het algemeen, en met name vrouwen, onderwijs en analfabetisme een probleem. Dit probleem wordt nog verergerd door armoede, een gebrek aan middelen en alsook de reeds lang bestaande culturele opvattingen over de rol van vrouwen. Hoewel Roma, Ashkali en Egyptenaren in totaal vier gereserveerde zetels hebben in de Kosovo-vergadering, blijven zij uitgesloten van echte deelname aan het politieke leven en discussies over de toekomstige status van Kosovo.*

*Volgens sommige schattingen zijn in de periode van het conflict maar liefst 100.000 Roma, Ashkali en Egyptenaren ontheemd geraakt.*

*Hoewel in 2013 de Gemeentelijke Bureaus voor Gemeenschappen en Terugkeer werden opgericht om te helpen bij het scheppen van de voorwaarden voor een duurzame terugkeer van vluchtelingen, ontheemden en gerepatrieerde personen, hebben zij die zijn gerepatrieerd nog steeds moeite om toegang te krijgen tot werk, onderwijs en gezondheidszorg. Veel ontheemde Roma die buiten Kosovo wonen, aarzelen nu om terug te keren vanwege slechte beveiliging, slechte levensomstandigheden en angst voor etnische conflicten; volgens gegevens van de VN heeft 8,8 procent van de ontheemde Roma die in 2010 werd ondervraagd, verklaard niet bereid te zijn terug te keren naar Kosovo, een cijfer dat in 2014 was gedaald tot slechts 2,4 procent*

*In mei 2017 riep het European Roma Rights Center (ERRC) de VN op om een publieke verontschuldiging, individuele compensatie en medische behandeling uit te reiken aan Roma, Ashkali en leden van de Egyptische gemeenschap die loodvergiftiging leden terwijl ze in ontheemdenkampen op verontreinigd land woonden. Hoewel de VN vervolgens de oprichting van een trustfonds hebben aangekondigd om gemeenschapsgerichte hulpprojecten uit te voeren, hebben burgerrechtenorganisaties betoogd dat dit niet ver genoeg gaat om de situatie van de slachtoffers aan te pakken en hebben opgeroepen tot compensatie en onmiddellijke medische behandeling voor degenen die getroffen zijn.*

*Inadequate huisvesting is een van de belangrijkste problemen voor Roma, Ashkali en Egyptenaren. Er zijn een aantal recente initiatieven geweest om gemarginaliseerde gemeenschappen aan te pakken, zowel onder auspiciën van de EU (bijvoorbeeld het Decennium van de inclusie van de Roma voor 2005-2015) als door de Kosovaarse autoriteiten zelf. In maart 2015 gaf de minister van Arbeid en Sociaal*

*Welzijn bijvoorbeeld groen licht voor een project ter ondersteuning van de Roma-, Ashkali- en Egyptische gemeenschappen in Mitrovica, met steun van het Zweedse Agentschap voor Internationale Ontwikkeling, ter verbetering van de beroepsvaardigheden en toegang tot de arbeidsmarkt.*

*Hun situatie wordt verder gecompliceerd door een gebrek aan persoonlijke documentatie: de documenten van veel leden van de gemeenschap werden vernietigd tijdens het conflict of worden niet erkend door lokale autoriteiten, omdat Kosovaarse en Servische administraties beide hun eigen documenten nodig hebben voordat ze toegang tot openbare diensten verlenen. Onderzoek door de ERRC in 2017 heeft aangetoond dat, ondanks inspanningen om de inclusie van de Roma te ondersteunen, veel gemeenschapsleden nog steeds problemen hebben met het verkrijgen van fundamentele rechten zoals gezondheidszorg en sociale bijstand.*

*Toegang tot onderwijs blijft een groot probleem, met een lage opkomst, hoge uitvalcijfers, beperkte deelname aan het hoger onderwijs (vooral onder meisjes) en een gebrek aan studiemateriaal in hun moedertaal. Daarnaast zijn veel Roma-kinderen ingeschreven op scholen die het Servische leerplan gebruiken, hoewel veel studenten de Servische taal misschien niet eens goed genoeg kunnen spreken of verstaan om lessen bij te wonen. Veel kinderen worden ook gediscrimineerd op basis van culturele stereotypen en vooroordelen.)*

*Er dient gesteld dat hij onmogelijk een correcte medische behandeling kan genieten in zijn land van herkomst.*

*Dat deze motivering een wezenlijk onderdeel uitmaakt van de beslissing, zodat de beslissing dan ook geen enkel antwoord geeft op de wezenlijke problematiek van verzoekster.*

*De beslissing maakt dan ook een wezenlijke inbreuk uit op de zorgvuldigheidsplicht iuncto de motiveringsplicht, zoals vervat in artt. 2-3 Wet Uitdrukkelijke Motivering van Bestuurshandelingen van 1991.*

*Het dient dan ook benadrukt te worden dat deze beslissing als nietig dient beschouwd te worden en dient vernietigd te worden.*

*Er werd door de Belgische Staat onzorgvuldig onderzoek geleverd naar de situatie van verzoekers.*

*De minister van Binnenlandse Zaken heeft de plicht zijn beslissingen zorgvuldig voor te bereiden en te stoelen op correcte feitenvinding. Dat er geval per geval moet gekeken worden naar de concrete omstandigheden van de zaak.*

*De bestreden beslissing komt tekort aan de zorgvuldigheidsplicht.*

*Dit maakt dan ook onbehoorlijk gedrag uit van de Minister van Binnenlandse Zaken.*

*Dat het middel bijgevolg ernstig is."*

2.2. De motieven van de bestreden beslissing kunnen op eenvoudige wijze in die beslissing gelezen worden zodat verzoekende partijen er kennis van hebben kunnen nemen en hebben kunnen nagaan of het zin heeft de bestreden beslissing aan te vechten met de beroepsmogelijkheden waarover zij in rechte beschikken.

In de bestreden beslissing wordt verwezen naar de juridische grondslag ervan, met name artikel 9ter van de vreemdelingenwet, en naar het advies van de arts-adviseur die de medische elementen die voor eerste verzoekende partij werden aangevoerd heeft onderzocht en daarop concludeerde dat er medisch gezien geen bezwaar bestaat tegen een terugkeer naar het herkomstland omdat de medische behandeling en opvolging die eerste verzoekende partij nodig heeft beschikbaar en toegankelijk zijn in Kosovo. Derhalve, zo besluit de verwerende partij in de bestreden beslissing, kan uit het voorgelegde medische dossier niet worden afgeleid dat betrokkene lijdt aan een ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit en evenmin 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. Uit deze motieven blijkt dat de verwerende partij zich bij het nemen van de bestreden beslissing volledig gesteund heeft op het advies van de arts-adviseur, dat moet worden beschouwd als integraal deel uitmakend van de bestreden beslissing.

Een motivering door verwijzing naar het uitgebrachte advies is in beginsel toegestaan. Deze werkwijze dient evenwel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Vooreerst moet de inhoud van de stukken waarnaar wordt verwezen aan de betrokkene ter kennis zijn gebracht. Bovendien moet het desbetreffende stuk zelf afdoende gemotiveerd zijn en moet het in de uiteindelijke beslissing worden bijgevalen door de verwerende partij (RvS 13 maart 2014, nr. 226.734, NV BAECK en JANSEN). Verzoekende partijen betwisten niet dat zij in het bezit werden gesteld van het advies en tonen verder niet aan dat en om welke redenen de bestreden beslissing, samen gelezen met het advies, niet zou voldoen aan de hierboven geschetste vereisten van de formele motiveringsplicht.



Er is dan ook voldaan aan de voornaamste doelstelling van de formele motiveringsplicht, zoals voorgeschreven in de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (RvS 5 februari 2007, nr. 167.477; RvS 31 oktober 2006, nr. 164.298; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.358; RvS 10 oktober 2006, nr. 163.357; RvS 21 september 2005, nr. 149.149; RvS 21 september 2005, nr. 149.148). Verzoekende partijen maken niet duidelijk op welk punt deze formele motivering hen niet in staat zou stellen te begrijpen op grond van welke juridische en feitelijke gegevens de bestreden beslissing is genomen derwijze dat niet voldaan zou zijn aan het hiervoor uiteengezette doel van de formele motiveringsplicht.

2.3. Het zorgvuldigheidsbeginsel legt aan de gemachtigde van de staatssecretaris de verplichting op zijn beslissingen op een zorgvuldige wijze voor te bereiden en te steunen op een correcte feitenvinding.

2.4. De aangevoerde schending van de zorgvuldigheidsplicht wordt onderzocht in het licht van de aangevoerde schending van artikel 9ter van de vreemdelingenwet.

Artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet bepaalt dat een machtiging tot verblijf bij de minister of zijn gemachtigde kan worden aangevraagd door "(d)e 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."

Het medisch advies van de arts-adviseur van 23 februari 2018 in hoofde van eerste verzoekende partij vermeldt het volgende:

"G., B. (...) (R.R.: xxxxxxxxxxxx)

Mannelijk

nationaliteit: Kosovo

geboren te Prishtine op 15.04.1975

Ik kom terug op uw vraag voor evaluatie van het medische dossier voorgelegd door Mr. G. B. (...) in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 08.01.2018.

Hiervoor maak ik gebruik van de volgende bijgevoegde medische stukken:

- SMG d.d. 02/01/2018 van Dr. <onleesbaar> (huisarts): gekend met ALCAPA-syndroom waarvoor een percutane sluiting van de fistel naar de A. pulmonalis aangewezen is met een opnameduur van 2 a 3 dagen voor deze ingreep
- SMG d.d. 28/12/2017 van Dr. Francis Stammen (internist-cardioloog): aangewezen percutane sluiting fistel naar arteria pulmonalis, opname 2-3 dagen
- Consultatieverslag d.d. 27/12/2017 van Dr. F. Stammen: roker, ALCAPA met wat meer klachten en wat verminderde ventrikelfunctie in het LAD-gebied op echo - indicatie voor percutane sluiting U-Re shunt van LAD naar A. pulmonalis

Uit de ter staving van de aanvraag voorgelegde medische stukken weerhoud ik dat het gaat om een 43-jarige man die geboren is met het ALCAPA-syndroom (Anomalous Left Coronary Artery arising from the Pulmonary Artery), een toestand die reeds meer dan 4 decades stabiel gebleven is en die nu "enigszins minder gunstig lijkt te evolueren", zodat men een percutane ingreep (toegang naar het hart via een katheter ingebracht via de lies) overweegt, waarvoor een ziekenhuisopname van 2 a 3 dagen nodig zou zijn.

Uit het voorliggende medische dossier is niet duidelijk of de ingreep effectief ingepland werd en/of reeds plaatsgevonden heeft.

Percutane interventies (PCI) zijn gedurende 2 weken na de ingreep een medische contra-indicatie bij ouderen om te reizen, echter in het geval van betrokkene, die een electieve PCI ondergaan zou kunnen hebben, zou al na 2 dagen een reis ondernomen kunnen worden.

Een andere medische contra-indicatie om te reizen blijkt niet uit het voorgelegde medische dossier.

Betrokkene heeft nood aan opvolging bij een internist-cardioloog en eventueel bij een cardiochirurg.

Betrokkene zou volgens het voorgelegde medische dossier geen medicatie nemen.

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

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

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

Aanvraag Medcoi van 30/10/2017 met het unieke referentienummer BMA 10224

Aanvraag Medcoi van 28/02/2016 met het unieke referentienummer BMA 7769

*Uit deze informatie kan geconcludeerd worden dat opvolging en behandeling bij een cardioloog en cardiochirurg beschikbaar is in Kosovo.*

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

*Allereerst kan een verblijfstitel niet enkel op basis van het feit dat de toegankelijkheid van de behandelingen in het land van onthaal en het land van herkomst sterk uiteen kan lopen afgegeven worden. Naast de verificatie van de mogelijkheden tot behandeling in het land van herkomst of het land waar de aanvrager gewoonlijk verblijft, vindt de in het kader van een aanvraag uitgevoerde evaluatie ook plaats op het niveau van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot deze behandelingen. Rekening houdend met de organisatie en de middelen van elke staat zijn de nationale gezondheidssystemen zeer uiteenlopend. Het kan om een privé-systeem of een openbaar systeem gaan, een staatsprogramma, internationale samenwerking, een ziektekostenverzekering, een ziekenfonds.... Het gaat dus om een systeem dat de aanvrager in staat stelt om de vereiste zorgen te bekomen.*

*Het gaat er niet om zich ervan te verzekeren dat het kwaliteitsniveau van dit systeem vergelijkbaar is met het systeem dat in België bestaat. Deze vergelijking zou tot gevolg hebben dat een verblijfsrecht zou worden toegekend aan elke persoon wiens systeem voor de toegang tot zorgverlening van minder goede kwaliteit zou zijn dan het systeem in België. Dit zou niet in overeenstemming zijn met de belangrijkste doelstelling van de verificaties op het gebied van de toegang tot de zorgverlening, namelijk zich ervan verzekeren dat deze zorgverlening in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft toegankelijk is voor de aanvrager.*

*De gezondheidszorg in Kosovo wordt georganiseerd op drie niveaus, gekenmerkt door een toenemende graad van specialisatie. Er wordt gewerkt via een systeem van doorverwijzing en voorgeschreven medicatie op basis van de beoordeling van de geconsulteerde arts zoals dat in de meeste systemen van gezondheidszorg het geval is.*

*Kosovo kent vooralsnog geen publieke ziekteverzekering, hoewel de wet werd goedgekeurd op 10 april 2014, maar de gezondheidszorgen worden geleverd en gefinancierd door de overheid vanuit het algemene budget.\* Hierbij is er speciale aandacht voor bepaalde categorieën mensen, zoals families die als sociaal kwetsbaar of arm worden beschouwd, mensen die nood hebben aan zorgen voorzien door de staat, mensen ouder dan 65 jaar, kinderen maar ook Kosovaarse burgers gedurende het eerste jaar nadat ze vanuit een ander land werden gerepatriëerd.*

*Op het vlak van medicatie wordt gewerkt met een lijst van essentiële medicijnen, gebaseerd op de door de WHO ontwikkelde modellijst. De beschikbaarheid van de medicijnen op deze lijst wordt gegarandeerd door de regering en de medicijnen worden in de publieke gezondheidszorgcentra gratis aan de personen die ze nodig hebben verschaft.*

*Betrokkene legt geen bewijs van arbeidsongeschiktheid voor en bovendien zijn er geen elementen in het dossier die erop wijzen dat betrokkene geen toegang zouden hebben tot de arbeidsmarkt in het land van oorsprong. Niets laat derhalve toe te concluderen dat hij niet zou kunnen instaan voor de kosten die gepaard gaan met de noodzakelijke hulp. Dit geldt eveneens voor de echtgenote van betrokkene, aangezien deze beslissing ook van toepassing is op haar. Er kan dus vanuit gegaan worden dat zij haar steentje bijdraagt in de financiële situatie van het gezin.*

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

*Conclusie:*

*Uit het voorgelegde medische dossier kan ik besluiten dat het ALCAPA-syndroom bij Mr. G. (..) geen reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit, noch een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling, gezien opvolging en behandeling beschikbaar en toegankelijk zijn in Kosovo.*

*Derhalve is er vanuit medisch standpunt dan ook geen bezwaar tegen een terugkeer naar het herkomstland of het land van verblijf, met name Kosovo."*

2.5. Verzoekende partijen betwisten in essentie de beschikbaarheid en toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Kosovo en verwijzen daarvoor naar diverse bronnen waaruit zij citeren.

2.6. De Raad stelt vooreerst vast dat, wat betreft de beschikbaarheid van de benodigde medische zorgen, de arts-adviseur zich gesteund heeft op objectieve aan het administratief dossier toegevoegde bronnen waaruit blijkt dat opvolging en behandeling bij een cardioloog en cardiochirurg beschikbaar is in

Kosovo. Verzoekende partijen betwisten niet als dusdanig dat er in Kosovo geen cardiologen en cardiochirurgen beschikbaar zijn. Uit de algemene citaten waarnaar zij verwijzen in hun verzoekschrift blijkt evenmin dat er in Kosovo geen cardiologen en cardiochirurgen beschikbaar zijn. Zij weerleggen aldus op dit vlak de vaststellingen van de arts-adviseur geenszins.

Het loutere feit voorts dat uit de citaten opgenomen in het verzoekschrift op zeer algemene wijze naar voren komt dat de gezondheidszorg in Kosovo te kampen heeft met bepaalde uitdagingen die nog moeten aangepakt worden, maakt evenmin dat daaruit kan besloten worden dat eerste verzoekende partij in Kosovo verstoken zal blijven van de door haar benodigde zorgen. De Raad benadrukt in dat kader dat artikel 9ter van de vreemdelingenwet slechts vereist dat wordt nagegaan of een vreemdeling kan terugreizen naar zijn land van herkomst zonder dat zijn leven of fysieke integriteit hierdoor in het gedrang komen en of deze vreemdeling in dat land niet dreigt in een onmenselijke of vernederende situatie terecht te komen ingevolge het ontbreken van een adequate behandeling. De door verwerende partij aangestelde arts-adviseur dient bijgevolg niet na te gaan of een vreemdeling die verzoekt om, op medische gronden, tot een verblijf in het Rijk te worden gemachtigd, kan genieten van een medische zorgverstrekking of opvolging die van een zelfde kwalitatief niveau is als dat in België of even snel en eenvoudig als dat het geval is in België kan opgestart worden, doch slechts of een adequate behandeling beschikbaar en toegankelijk is. De Raad merkt op dat de arts-adviseur vaststelde dat dit in voorliggende zaak het geval is. De arts-adviseur heeft, met verwijzing naar bronnenmateriaal, duidelijk uiteengezet dat eerste verzoekende partij kan reizen en in Kosovo kan beschikken over de nodige behandeling en opvolging door artsen met de vereiste specialisaties. Hij heeft dan ook de in artikel 9ter van de vreemdelingenwet bepaalde criteria in acht genomen.

De Raad ziet ook de relevantie niet in van het citaat waaruit blijkt dat de gezondheidstoestand van de respondenten van een bepaalde studie goed zijn, mede verklaard door de jonge leeftijd van de Kosovaarse bevolking en voorts dat het kankerregister in Kosovo nog niet volledig functioneel is. Dergelijk citaat draagt niks bij aan de kritiek van verzoekende partijen op de bestreden beslissing.

Verder blijkt ook uit een volgend citaat dat oudere Kosovaren doorgaans meer gebruik maken van gezondheidszorgen. Er worden voorts enkele redenen opgesomd waarom Kosovaren wachten met het zich wenden tot gezondheidszorgen, waaronder kosten, een afwachtende houding aannemen, angst en gebrek aan tijd maar verzoekende partijen maken geenszins aannemelijk dat omwille van deze redenen eerste verzoekende partij geen toegang heeft tot de benodigde zorgen. Er wordt in het citaat trouwens ook gewezen op het feit dat de houding van de Kosovaren zelf met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorgen dient gewijzigd en het aldus aan henzelf ligt dat zij geen gebruik maken van de medische faciliteiten. Hieruit kan bezwaarlijk een gebrek aan toegang tot de nodige zorgen afgeleid worden.

Verder betreft eerste verzoekende partij een man, zodat het citaat waaruit blijkt dat de toegang tot gezondheidszorg voor vrouwen soms belemmert wordt door een mannelijk gezinslid, niet dienstig is, daargelaten nog de vaststelling dat dit weer te maken heeft met een eigen attitude en geen uitstaans heeft met het niet voorhanden zijn van de benodigde medische zorg en men aldus, wanneer men dat zelf wil, hiervan gebruik kan maken. Men kan bezwaarlijk zijn eigen afkerige houding ten opzichte van de voorhanden zijnde gezondheidszorgen inroepen om daaruit een gebrek aan toegang of beschikbaarheid tot deze zorgen af te leiden.

Wat betreft het citaat waar gesteld wordt dat mensen uit rurale gebieden moeilijker toegang hebben tot gezondheidszorg dan mensen uit stedelijke gebieden, wijst de Raad erop dat uit de bewoordingen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet in beginsel slechts volgt dat 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 partijen dit zouden veronderstellen, dient de arts-adviseur niet te onderzoeken of eerste 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 eerste verzoekende partij redelijkerwijze moet kunnen worden verwacht dat zij zich naar die welbepaalde plaats in het land van herkomst begeeft waar eerste verzoekende partij een behandeling kan verkrijgen. Dat dit in casu niet het geval zou zijn, wordt niet aangetoond.

Waar verzoekende partijen er voorts op wijzen dat zij omwille van het feit dat zij Roma zijn gediscrimineerd worden, dient vastgesteld dat ook de informatie waarop de arts-adviseur zich

gebaseerd heeft, melding maakt van diverse problemen waarmee ondermeer Roma te maken krijgen, maar dat er verder op gewezen wordt dat er diverse wetten zijn in Kosovo die discriminatie verbieden, ondermeer wat betreft de toegang tot de gezondheidszorg. Zo kan men ook klacht indienen wanneer men van oordeel is dat men in zijn rechten geschonden is. De Kosovaarse overheid ontwikkelde voorts een strategie om ondermeer de Roma-gemeenschap te integreren, waarbij een sectie specifiek betrekking heeft op gezondheidszorg. Uit deze informatie blijkt ook dat vele Roma werkloos zijn en daarom het moeilijk hebben de kosten van gezondheidszorg te dragen, maar evenzeer blijkt dat er velen om die reden ervoor kiezen naar Servische medische voorzieningen te gaan omdat deze geen kosten aanrekenen (voetnoot 5 van het advies, Country Fact Sheet. Access to Healthcare: Kosovo. MedCOI IV – Belgian Desk on Accessibility, last update 06.06.2016, zie p. 45 en volgende). Zoals de arts-adviseur er verder op heeft gewezen blijkt niet dat eerste en tweede verzoekende partij arbeidsongeschikt zijn en kunnen ze zich bij terugkeer laten bijstaan door IOM die hen kan helpen in het vinden van inkomensgenererende activiteiten en accommodatie.

Nu verzoekende partijen via de bestreden beslissing kennis hebben van het feit dat de benodigde medische zorgen beschikbaar en toegankelijk zijn in Kosovo, kunnen zij niet dienstig verwijzen naar het feit dat onwetendheid over de medische voorzieningen een hinderpaal is om zich effectief te wenden tot medische voorzieningen.

Het loutere feit voorts dat binnen de gezondheidszorg sprake is van corruptie, maakt evenmin dat eerste verzoekende partij in Kosovo verstoken zal zijn van de door haar benodigde medische zorgen.

Verzoekende partijen maken geenszins aannemelijk dat, met de informatie die zij ter beschikking hebben inzake de gezondheidszorg in Kosovo alsook het gegeven dat zij zich bij hun terugkeer kunnen laten bijstaan door IOM, eerste verzoekende partij de door haar benodigde medische zorgen niet zal kunnen bekomen.

2.7. Het enig middel is in al zijn onderdelen ongegrond.

### 3. Korte debatten

De verzoekende partijen hebben geen gegrond middel dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing 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.

## **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 tien september tweeduizend achttien door:

mevr. S. DE MUYLDER,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

mevr. K. VERHEYDEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERHEYDEN

S. DE MUYLDER