

NE_GERICHTE CDP.2019.292 vom 18. Mai 2020

NE Tribunal cantonal, 2020-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2019.292

FR: NE_GERICHTE CDP.2019.292 du 18 mai 2020

IT: NE_GERICHTE CDP.2019.292 del 18 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

let. c OPAS, autrement dit que le coût d'une part importante des mesures prescrites au sens de cette disposition n'était pas couvert par l'assurance-maladie obligatoire, l'intimée n'avait pas à instruire davantage la cause. Il ne lui était en particulier pas nécessaire d'examiner plus avant si l'état psychique de l'intéressée requérait effectivement 3 heures deux fois par semaine du 13 mars au 13 juin 2018, respectivement, 3 heures hebdomadaires du 14 juin au 14 septembre 2018, ni d'ailleurs si les mesures étaient efficaces, appropriées et économiques, puisque dans tous les cas celles-ci étaient pour l'essentiel non couvertes par l'assurance obligatoire des soins, en raison non seulement de leur nature, mais également du personnel les délivrant. Or, une instruction complémentaire n'aurait rien changé à ces faits. Pour ces mêmes raisons, la recourante ne saurait tirer aucun argument en sa faveur de l'éventuel non-respect du délai conventionnel de 14 jours pour contester une prescription médicale. La Convention ASI stipule expressément à son article 6 al. 4 que l'obligation d'assumer une prestation, en l'absence de contestation de la déclaration dans les 14 jours de calendrier, ne vaut que pour autant que la prestation en cause réponde aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, ce qui implique a fortiori qu'elle doit entrer dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins, ce qui n'est précisément pas le cas d'une partie non négligeable des services en cause, et ce pour les motifs déjà évoqués.

4. Finalement, la recourante reproche à l'assureur-maladie une violation du principe de célérité.

Non seulement, le justiciable perd en principe tout intérêt juridique à faire constater un éventuel retard à statuer (cf. ATF 136 III 497 cons. 2.1, 130 I 312 cons. 5.2; arrêt du TF du 18.12.2017 [2C_1078/2016] cons. 6.2 et les références citées), dès que l'autorité s'est prononcée ■ ce qui est le cas ici ■ mais de plus l'intéressée n'explique pas en quoi elle aurait encore un intérêt à faire constater un éventuel retard à statuer sur la question de la couverture par l'assurance obligatoire des soins des prestations à domicile, administrées du 13 mars au 14 septembre 2018, maintenant que la décision a été rendue. La critique est donc sans objet.

5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu l'issue de la cause, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1.Rejette le recours.

2.Statue sans frais.

3.N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 18 mai 2020

1L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34.

2Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement.1

1Introduit par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1erjanv. 2016 (RO20155137;FF20121725).

1L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

2Ces prestations comprennent:

a.1les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par:

1.des médecins,

2.des chiropraticiens,

3.des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;

b.les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;

c.une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;

d.les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;

e.2le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune;

f.3...

fbis.4le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);

g.une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage;

h.5les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b.

1Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1erjanv. 2011 (RO200935176847 ch.

I;FF20051911).2Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).3Abrogée par

le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), avec effet au 1erjanv. 2009

(RO20082049;FF20045207).4Introduite par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20082049;FF20045207).5Introduite par

le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1erjanv. 2001

(RO20002305;FF1999727).

1Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions.

2Il désigne en détail les autres prestations prévues à l'art. 25, al. 2, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien ainsi que les prestations prévues aux art. 26, 29, al. 2, let. a et c, et 31, al. 1.

3Il détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

4Il nomme des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations. Il veille à la coordination des travaux des commissions précitées.

5Il peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux al. 1 à 3.

Les infirmières et les infirmiers doivent:

a. être titulaires du diplôme d'une école de soins infirmiers reconnu ou reconnu équivalent par l'organisme désigné en commun par les cantons, ou d'un diplôme reconnu selon la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle²;

b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une infirmière ou d'un infirmier admis en vertu de la présente ordonnance, ou dans un hôpital ou dans une organisation de soins et d'aide à domicile sous la direction d'une infirmière ou d'un infirmier qui remplissent les conditions d'admission de la présente ordonnance.

1Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 3 déc. 2004, en vigueur depuis le 1er janv. 2005 (RO20045075). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte. 2RS412.10

1Les prestations au sens de l'art. 33, let. b, OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'al. 2, let. a, et selon l'art. 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:

a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);

b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);

c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal¹).²

2Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:³

a. 4 l'évaluation, les conseils et la coordination:⁵

1. 6 évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification des mesures nécessaires,

2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires,

3. 7 coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables;

b. les examens et les traitements:

1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
3. prélèvement pour examen de laboratoire,
4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
7. préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,
8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
12. assistance pour des bains médicinaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,
13. soins destinés à la mise en oeuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,
14. soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;

c. les soins de base:

1. soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,

2.1 mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.

2bis Les conditions suivantes doivent être remplies:

a. les prestations visées à l'al. 2, let. a, ch. 3, doivent être fournies par une infirmière ou un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux;

b. il appartient à une infirmière ou à un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique d'évaluer si des mesures telles que celles qui sont prévues à l'al. 2, let. b, ch. 13 et 14, et c, ch. 2, doivent être prises.¹²

2^{ter} Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Elles peuvent également être fournies exclusivement pendant le jour ou la nuit.¹³

3 Sont réputées prestations de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal, les prestations mentionnées à l'al. 2, fournies par des personnes ou institutions au sens de l'al. 1, let. a à c, selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8, après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital.¹⁴

1 RS832.102 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO200935276849 ch. I).³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO20065769).⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO20065769).⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO20116487).⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2019, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2020 (RO20192145).⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO20116487).⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO20116487).⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO20065769).¹⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO20065769).¹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO20065769).¹² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO20065769). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO20116487).¹³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO200935276849 ch. I).¹⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1997 (RO19972039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO20093527 6849 ch. I).

1 La prescription ou le mandat médical détermine si le patient a besoin de prestations au sens de l'art. 7, al. 2, ou de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal.² Le médecin peut y déclarer la nécessité de certaines prestations au sens de l'art. 7, al. 2.

2 La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser:

a. neuf mois pour les prestations prévues à l'art. 7, al. 2;

b. deux semaines pour les soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal.

3 L'attestation médicale qui justifie l'allocation pour impotence grave ou moyenne versée par l'assurance-vieillesse et survivants, par l'assurance-invalidité ou par l'assurance-accidents vaut comme prescription ou mandat médical de durée illimitée en ce qui concerne les prestations nécessitées par l'impotence. Lorsque l'allocation est révisée, l'assuré doit communiquer le résultat du réexamen à l'assureur. Une prescription ou un mandat médical doit être établi à la suite de la révision de l'allocation pour impotent.

4 Dans les cas visés à l'art. 2, let. a, la prescription ou le mandat médical peut être renouvelé.

1 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'art. O du DFI du 2 juil. 2019, en vigueur depuis le 1er janv. 2020 (RO20192145). 2 RS832.10

E. 3

a) En l'espèce, force est de constater que ni le médecin généraliste traitant ni le pédopsychiatre-psychothérapeute consultés par la recourante n'ont posé de diagnostics. Seule l'infirmière clinicienne chargée du suivi de cette dernière a fait état de diagnostics infirmiers. Il ne s'agit toutefois pas de diagnostics ressortant de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes éditée par l'Organisation mondiale de la santé. Force est de plus de constater que les deux prescriptions médicales pour soins à domicile et/ou au cabinet de l'infirmière, établies respectivement le 14 mars 2018 et les 14 et 18 juin 2018, ne sont pas claires quant aux prestations nécessaires et exigées par l'état de santé de l'assurée. Cela étant, l'intimée a accepté, se fondant sur l'avis de son infirmière-conseil, de prendre en charge 2 heures hebdomadaires de soins de base du 13 mars au 14 septembre 2018, considérant qu'au-delà, les prestations ne relevaient pas de l'assurance-maladie obligatoire. Pour sa part, l'assurée estime que les 2 heures par semaine ainsi admises sont insuffisantes et réclame, s'appuyant sur les prescriptions médicales susdites, la prise en charge de deux fois 3 heures par semaine pour la période du 13 mars au 13 juin 2018, respectivement, de 3 heures hebdomadaires du 14 juin au 14 septembre 2018. La question qui se pose dès lors est celle de savoir si toutes les prestations prescrites par les médecins traitants sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins, en d'autres termes si toutes les prestations litigieuses constituent des soins de base au sens de l'article 7 al. 2 let. c OPAS. b) Ceci étant précisé, il convient de constater qu'il n'est pas contesté que l'infirmière chargée du suivi de la recourante n'est intervenue personnellement qu'à trois reprises durant la période des soins litigieux et qu'elle a délégué aux auxiliaires de vie de la Croix-Rouge l'exécution des soins dits de guidance. A ce propos, il ressort des notes de l'infirmière-conseil de l'intimée relatives à l'entretien téléphonique du 1er juin 2018 avec B. _____ que les objectifs poursuivis par les mesures prescrites étaient à clarifier avec la Croix-Rouge, qu'il s'agissait de soutenir les auxiliaires dans l'activité de guidance et qu'une formation serait suivie par ces dernières. Lors d'un deuxième entretien téléphonique, le 24 juillet 2018, avec l'infirmière-conseil de l'assureur-maladie, la prénommée a rappelé qu'une formation devait être organisée avec les auxiliaires de vie afin d'affiner le projet. Au vu de ces éléments, il apparaît déjà que les mesures prescrites par les Drs A. _____ et C. _____ en application de l'article 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS n'ont pas été administrées par des professionnels de la santé disposant des qualifications professionnelles nécessaires et autorisés à fournir des services psychiatriques au sens de la jurisprudence exposée ci-avant. Or, il faut rappeler que le Tribunal fédéral a récemment précisé (cf. arrêts du TF des 18.12.2019 [9C_456/2019] et 28.06.2019 [9C_839/2018], précité) que les prestations prévues par cette disposition ne tombaient sous le coup de l'assurance-maladie obligatoire que dans la mesure où elles étaient délivrées par de tels professionnels, ce qui n'a selon toute vraisemblance pas été le cas ici, à tout le moins, pour une partie importante des services fournis. A cet égard, la Haute Cour a encore précisé dans les arrêts susmentionnés que lorsque les mesures étaient délivrées par du personnel sans qualification spécifique, il n'était pas possible d'assurer la qualité et l'utilité du service en question, de sorte que l'assurance-maladie obligatoire n'avait pas à couvrir les coûts de ces

prestations. A ce stade, il convient encore de relever que l'évaluation des soins requis ne semble, en l'occurrence, pas avoir été réalisée conformément aux exigences posées par le législateur (cf. cons. 2c). Plus spécifiquement, la présente évaluation ne contient pas, à tout le moins pas avec suffisamment de clarté et de précision, l'ensemble des éléments qu'elle devrait comprendre, soit l'appréciation de l'état général de la patiente, l'évaluation de son environnement, ainsi que celle des soins et de l'aide dont elle avait besoin. c) Il faut de plus signaler qu'il ressort des deux rapports établis par l'infirmière de l'assurée que les mesures qu'elle proposait au sens de l'article

E. 7

al. 2 let. c ch. 2 OPAS . En effet, certaines des mesures susmentionnées ne se limitent pas au soutien et à la surveillance de la recoursante. Il ne s'agit pas uniquement d'aide à la personne, à l'exclusion de toute aide matérielle. Plus spécifiquement, on peine à identifier, en particulier, à la lecture du listing des observations des auxiliaires de la Croix-Rouge, ainsi que de leurs documents intitulés ■feuille de soins, détails de la garde■ que l'objectif exclusif, ou à tout le moins premier, des mesures fournies était de permettre à l'assurée d'être à nouveau à même d'effectuer elle-même les actes ordinaires de la vie ("Hilfe zur Selbsthilfe"), à tout le moins, de lui permettre de faire face au quotidien moyennant une aide sous forme d'encouragement et de soutien à l'auto-soin ("Selbstpflege"), respectivement, sous forme de prévention à une auto-négligence pouvant s'avérer dangereuse pour sa santé. Les éléments qui précèdent mettent bien plus en exergue qu'il s'agissait d'une garde d'enfant, incluant une part de discussion, d'écoute, de conseil et/ou d'encouragement, soit des prestations qui ne répondent que partiellement à la définition des soins de base au sens de l'article 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS, telle que donnée notamment par la jurisprudence exposée ci-avant (cf. cons. 2b/bb). Cette appréciation semble d'ailleurs corroborée par la prescription médicale des 14 et 16 juin 2018 qui parle expressément de ■garde d'enfant■ déléguée à la Croix-Rouge à titre de mesure ordonnée par le Dr C. _____ en application de la disposition précitée. d) En définitive, non seulement il n'est pas établi à satisfaction que la nécessité de l'aide ou de la surveillance prescrite par les médecins traitants est la conséquence directe de la maladie psychique dont aurait souffert la recoursante et pour laquelle aucun diagnostic au sens la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes n'a été posé, mais de plus il apparaît que les mesures prescrites ont essentiellement été servies par du personnel sans qualification spécifique et qu'elles ne se sont pas limitées au soutien et à la surveillance de l'assurée, soit à une aide à la personne, mais ont pour partie porté sur de l'aide matérielle. Dans ces conditions, on saurait reprocher à l'intimée d'avoir limité, pour l'ensemble de la période allant du 13 mars au 14 septembre 2018, à 2 heures hebdomadaires les soins de base au sens de l'article 7 al. 2 let. c OPAS. Quand bien même les praticiens suivant l'assurée avaient ordonné de tels soins de bases à raison de 3 heures deux fois par semaine du 13 mars au 13 juin 2018, puis de 3 heures hebdomadaires du 14 juin au 14 septembre 2018, l'assureur-maladie pouvait, sur le vu des éléments au dossier, s'écarter des prescriptions médicales pour les motifs exposés ci-avant, soit tout particulièrement l'absence tant des qualifications professionnelles nécessaires que d'autorisation à fournir des services psychiatriques des personnes ayant prodigué l'essentiel des soins en cause, respectivement, la nature même de certaines prestations. Pour ces mêmes motifs, il apparaît d'ailleurs que l'intimée semble s'être montrée plutôt généreuse dans la prise en charge consentie des soins dits ■de guidance■. De plus, dans la mesure où les informations récoltées mettaient clairement en évidence que les services dont il était question n'avaient principalement pas

été fournis par des personnes habilitées et qu'au demeurant une partie de ceux-ci n'entraient pas dans la notion de soins de base de l'article 7 al. 2 let. c OPAS, autrement dit que le coût d'une part importante des mesures prescrites au sens de cette disposition n'était pas couvert par l'assurance-maladie obligatoire, l'intimée n'avait pas à instruire davantage la cause. Il ne lui était en particulier pas nécessaire d'examiner plus avant si l'état psychique de l'intéressée requérait effectivement 3 heures deux fois par semaine du 13 mars au 13 juin 2018, respectivement, 3 heures hebdomadaires du 14 juin au 14 septembre 2018, ni d'ailleurs si les mesures étaient efficaces, appropriées et économiques, puisque dans tous les cas celles-ci étaient pour l'essentiel non couvertes par l'assurance obligatoire des soins, en raison non seulement de leur nature, mais également du personnel les délivrant. Or, une instruction complémentaire n'aurait rien changé à ces faits. Pour ces mêmes raisons, la recourante ne saurait tirer aucun argument en sa faveur de l'éventuel non-respect du délai conventionnel de 14 jours pour contester une prescription médicale. La Convention ASI stipule expressément à son article 6 al. 4 que l'obligation d'assumer une prestation, en l'absence de contestation de la déclarations dans les 14 jours de calendrier, ne vaut que pour autant que la prestation en cause réponde aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, ce qui implique a fortiori qu'elle doit entrer dans le catalogue des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins, ce qui n'est précisément pas le cas d'une partie non négligeable des services en cause, et ce pour les motifs déjà évoqués. 4. Finalement, la recourante reproche à l'assureur-maladie une violation du principe de célérité. Non seulement, le justiciable perd en principe tout intérêt juridique à faire constater un éventuel retard à statuer (cf. ATF 136 III 497 cons. 2.1, 130 I 312 cons. 5.2; arrêt du TF du 18.12.2017 [2C_1078/2016] cons. 6.2 et les références citées), dès que l'autorité s'est prononcée – ce qui est le cas ici – mais de plus l'intéressée n'explique pas en quoi elle aurait encore un intérêt à faire constater un éventuel retard à statuer sur la question de la couverture par l'assurance obligatoire des soins des prestations à domicile, administrées du 13 mars au 14 septembre 2018, maintenant que la décision a été rendue. La critique est donc sans objet. 5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu l'issue de la cause, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.