

**TITRE : Des centaines d'établissements hospitaliers auraient détourné au moins 50 millions d'euros en 2005 (presse)**

PARIS, 19 juin 2006 (APM) - Des centaines de cliniques et hôpitaux auraient détourné au moins 50 millions d'euros en 2005 en se faisant rémunérer pour des hospitalisations imaginaires dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), selon le Journal du dimanche.

"Le tour de passe-passe est simple", explique l'hebdomadaire. "L'établissement reçoit un malade pour une intervention bénigne ou un acte médical courant, par exemple une prise de sang". Puis, sur la facture qu'il établit, il ajoute une "fausse hospitalisation partielle (...)" que l'assurance maladie rémunère bien mieux".

Ainsi, une clinique peut empocher 266,78 euros en sus des 41,80 euros que rapporte l'ablation d'une petite verrue.

Elle peut aussi augmenter son gain de 278,61 euros en ajoutant un court séjour à une échographie réalisée en fin de grossesse.

Des établissements auraient également fait payer à l'assurance maladie des suppléments de réanimation à plus de 430 euros la journée "alors qu'ils n'y ont pas droit".

"Parmi les 1.400 établissements passés au nouveau mode de tarification, plus de 300 sont dans le collimateur de la Sécu, soit plus d'un sur cinq", indique l'hebdomadaire.

Il rappelle que l'assurance maladie a entamé des contrôles sur pièces dans les établissements. Ceux-ci font apparaître des "anomalies" dans 100% des cliniques visitées et dans 70% des hôpitaux. "Il y aurait 100.000 dossiers suspects", ajoute le JDD.

Si certaines déclarations d'hospitalisations ont pu être faites "par erreur ou négligence", "la majorité des cas semble bel et bien relever de l'escroquerie", souligne le journal.

Contacté par l'hebdomadaire, le président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Ken Danis, s'est dit "surpris" par ces constats.

"S'il y a des fraudes, cela est sans doute marginal, et jamais la FHP ne les défendra", a-t-il assuré.