

FORFAIT STRUCTURE DE LA CONVENTION 2016 : LES TEXTES

Préambule

Pour soutenir la modernisation de l'organisation des soins de ville et favoriser l'émergence de parcours organisés autour du patient, les partenaires conventionnels créent un forfait structure qui va progressivement se développer et soutenir la mise en place de services nouveaux aux patients

15.4.1 Mise en place en place d'outils et d'organisations nouvelles au service des patients

La présente convention permet également d'accompagner les médecins traitants qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien leur permettant de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale. Cet accompagnement se traduit par la mise en place d'un forfait structure dont les modalités sont définies à l'article 20.

Article 20. La mise en place d'un forfait structure

La présente convention permet d'accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien leur permettant ainsi de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Dans cette perspective, les parties signataires décident de mettre en place une rémunération visant à aider les médecins :

- - à investir sur des outils informatiques facilitant le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients,
- - à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Conscients de l'enjeu que représente ce forfait pour accompagner les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles au service des patients, les parties signataires souhaitent investir sur le long terme sur ce nouveau mode de rémunération. Dans ce cadre, elles s'accordent sur le fait qu'au fur et à mesure de la montée en charge de la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant (MTF) dans les conditions définies à l'article 15.4.1, l'assurance maladie obligatoire va être en mesure de consacrer des sommes plus importantes pour le financement de ce forfait structure.

Les conditions de mise en œuvre par étape de ce forfait structure sont définies aux articles 20.1 et

20.2 et à l'annexe 12.

Si l'UNOCAM ne s'engageait pas sur la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie dans les conditions prévues par l'article 15.4.1, les partenaires conventionnels conviennent de réexaminer en 2017 les conditions d'évolution du forfait structure.

Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points pour l'année 2017, 460 points pour l'année 2018 et 660 points pour l'année 2019. La valeur du point est fixée à 7 euros.

Article 20.1 Premier volet du forfait structure (prérequis)

Ce premier volet du forfait structure vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet.

Les indicateurs de ce premier volet sont des prérequis, qui doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet et conditionnent la rémunération du deuxième volet.

Les indicateurs sont les suivants :

- - logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée ; Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels ;
- - utilisation d'une messagerie sécurisée de santé ;
- - version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie : par exemple fonctionnalité de suivi des factures avec des retours d'information (norme NOEMIE 580) pour faciliter les rapprochements comptables ;
- - taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- - affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé.

Ce premier volet du forfait est affecté de 175¹ points en 2017 puis 230 en 2018 puis 280 points en 2019.

Article 20.2 Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients

Ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte des prérequis du premier volet. Chaque indicateur est indépendant des autres.

¹ Le point vaut 7 €. En 2017 : 175 x 7 = 1225 €. En 2018 : 230 x 7 = 1610 €. En 2019 : 280 x 7 = 1960 €.

- Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices

Sont compris dans ce bouquet, les téléservices suivants : la déclaration médecin traitant en ligne (DCMT), le protocole de soins électronique (PSE), la prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT), et la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne (CMATMP). Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement. Il correspond au ratio effectué entre le nombre de prescriptions ou déclarations effectuées en dématérialisés (numérateur) sur le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier ou dématérialisés (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur, dans les premières années suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier. Le taux de dématérialisation à atteindre pour chaque téléservice est fixé pour chacun des 4 téléservices selon les modalités ci-dessous.

	Objectifs			
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
AAT	30%	40%	50%	60%
CM ATMP	10%	14%	17%	20%
PSE	40%	50%	60%	70%
DMT	77%	80%	85%	90%

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 60 points en 2018 et 90 points en 2019. Chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur.

- Indicateur 2 : capacité à coder certaines données

Cet indicateur vise à mesurer la capacité du médecin à produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 20 points en 2018 et 50 points en 2019.

- Indicateur 3 : valoriser la démarche de prise en charge coordonnée

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou participation à au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an.

Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019.

- - Indicateur 4 : services offerts aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019.

- Indicateur 5 : valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine

Prévu au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 30 points en 2018 et 50 points en 2019.

Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 380 points en 2019.

Une note méthodologique précisant les modalités de calcul des différents indicateurs du forfait structure est présentée en CPN.

Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait structure est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de la Commission Paritaire Nationale définie à l'article 80 pour permettre aux partenaires conventionnels d'examiner les conditions de son évolution.

Article 26. Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et rémunération sur objectifs de santé publique

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de continuer à faire évoluer et à diversifier les modes de rémunération des médecins pour accompagner la meilleure structuration de l'offre de soins ambulatoire.

La refonte des forfaits existants mise en œuvre dans la présente convention permet de mieux prendre en compte dans toute sa dimension l'action des médecins dans le suivi des patients et de la patientèle et la coordination autour du patient.

Le forfait structure défini à l'article 20 valorise les nouvelles organisations et les nouvelles modalités de prise en charge des patients afin d'accompagner le développement de nouveaux services aux patients.

Les parties signataires souhaitent poursuivre cette évolution vers une rémunération mixte maintenant le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques mais prenant aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service,

ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficacité du système de soins.

Dans ce cadre, elles s'accordent sur le principe d'une rémunération autour de trois piliers :

- - la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ;
- - la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme le suivi au long cours des patients au-delà des actes ponctuels réalisés ou la prise en compte de nouveaux services aux patients pour une meilleure prise en charge coordonnée ;
- - la rémunération, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

Article 82.3 Missions du CTPPN

Le comité est chargé notamment :

- -
- - de formuler des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ; il est consulté chaque année sur la version du cahier des charges SESAM-Vitale retenue dans les indicateurs du volet 1 du forfait structure conformément à l'article 20.1 ;

ANNEXE 12. LE FORFAIT STRUCTURE

Le forfait structure défini à l'article 20 de la présente convention vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien.

L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Le forfait structure comporte deux volets :

- Le premier volet, constitué de cinq indicateurs, vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet pour faciliter le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients.
- Le deuxième volet, constitué de cinq indicateurs, vise à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Tous les médecins exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice.

Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points en 2017, 460 points en 2018 et 660 points en 2019.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Article 1 Premier volet du forfait structure : valoriser l'investissement dans les outils

Ce premier volet du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet, il est affecté de 175 points en 2017, 230 points en 2018 et 280 points en 2019.

Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour permettre de déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet.

En outre, ces prérequis conditionnent également la rémunération du deuxième volet.

Article 1.1 Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel facilitant la pratique médicale

Les médecins doivent disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP). Cet outil doit permettre de faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels.

Article 1.2 Utilisation d'une messagerie sécurisée

L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé est requise.

Article 1.3 La version du cahier des charges intégrant les avenants publiés sur le site du GIE

La version du cahier des charges SESAM -Vitale requise doit intégrer les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N -1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération.

L'objectif est que les médecins disposent d'un l'outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie (fonctionnalités de suivi des factures...).

Article 1.4 Le taux de télétransmission

La télétransmission des données fiabilise la facture et permet de garantir des délais de paiement très courts.

Les médecins doivent atteindre un taux de télétransmission en feuille de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R 161-43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin.

Pour le calcul du taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient et,
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La date servant au calcul du ratio est individualisée en fonction du démarrage du professionnel de santé à la télétransmission.

La date est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

- ⇒ Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence. Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est $\geq 2/3$;
- ⇒ Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{ère} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} juin).

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année de référence, quel que soit le régime.

Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

$$\text{Calcul du ratio : } \frac{\text{Nombre d'actes FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$$

Article 1.5 Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients

La rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet ou sur Annuaire Santé des horaires de consultations. Cette information permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

3 possibilités différentes sont offertes au médecin :

- renseigner à partir d'Espace Pro (depuis un lien en cliquant dans la bannière « Convention » située en bas à droite de la page d'accueil du portail) les horaires au plus tard le 31/12 de l'année de référence (année N) afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » sur Espace pro dans la rubrique Activités > Pratiques > ROSP sur Espace pro au plus tard le 31/01 de l'année N+1,
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le BO au plus tard le 31/01 de l'année N+1.

Article 1.6 Justificatifs des indicateurs du premier volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 1 : Valoriser l'investissement dans les outils	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel métier avec LAP, compatible DMP			Déclaratif	Annuelle
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé.			Déclaratif	Annuelle
	Version du cahier des charges SESAM Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE-SV au 31/12 de l'année N-1			Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site Annuaire Santé des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet			Déclaratif	Annuelle
	Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Annuelle
TOTAL		175 (2017) 230 (2018) 280 (2019)	1 225 €en 2017 1 610 €en 2018 1 960 €en 2019		

Article 2 Deuxième volet du forfait structure : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Ce volet est affecté de 75 points en 2017, 230 points en 2018 et 380 points en 2019 répartis entre les cinq indicateurs qui le composent.

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres.

Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet (article 1^{er} de la présente annexe).

Article 2.1 Taux de dématérialisation sur un bouquet de téléservices

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour chacun des téléservices suivants :

- la déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT),
- le protocole de soins électronique (PSE),
- la prescription d'arrêt de travail dématérialisée (AAT),
- la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisé (CMATMP).

Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le taux de dématérialisation d'un téléservice est calculé comme suit :

- Taux de DCMT dématérialisées :

Taux = Nombre de DCMT dématérialisées / nombre de DCMT (papier et dématérialisée)

- Taux de PSE :

Taux = Nombre de PSE / nombre de protocoles de soins (papier et dématérialisés)

- Taux d'AAT dématérialisés :

Taux = Nombre d'AAT dématérialisé / total des AAT (papier et dématérialisés)

- Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :

Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisés / nombre de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées).

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement.

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur, pendant les premières années suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier. Le taux de dématérialisation est fixé par téléservice selon les modalités ci-dessous :

Objectifs				
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
AAT	30%	40%	50%	60%

CM ATMP	10%	14%	17%	20%
PSE	40%	50%	60%	70%
DMT	77%	80%	85%	90%

Cet indicateur est affecté de 20 points, en 2017, 60 points en 2018 et 90 points en 2019.
Chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur.

Article 2.2 Capacité à coder des données médicales

Le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Le médecin transmet à l'assurance maladie le résultat anonymisé des requêtes permettant la production de registres.

Cet indicateur est affecté de 10 points, en 2017, 20 points en 2018 et 50 points en 2019.

Article 2.3 Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients

Le forfait structure valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné qui se traduit par la participation du médecin à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique ou à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou participation à au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an.

Le médecin transmet à l'assurance maladie tout justificatif attestant de cette implication.

Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019.

Article 2.4 Amélioration du service offert aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Le médecin transmet à l'assurance maladie tout justificatif attestant du service offert aux patients (ex : contrat de travail mentionnant les fonctions effectuées par le personnel du cabinet, document attestant du recours à des structures d'appui,...).

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019.

Article 2.5 Valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine

Prévue au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine ambulatoire.

Le médecin transmet à l'assurance maladie la copie des attestations ou conventions de stages réalisés.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 30 points en 2018 et 50 points en 2019.

Article 2.6 Justificatifs des indicateurs du deuxième volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 2 : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients	Dématérialisation des téléservices	20 en 2017 60 en 2018 90 en 2019	140€ en 2017 420€ en 2018 630€ en 2019	Automatisé	Annuelle
	Capacité à coder les données médicales	10 en 2017 20 en 2018 50 en 2019	70€ en 2017 140€ en 2018 350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients	15 en 2017 40 en 2018 60 en 2019	105€ en 2017 280€ en 2018 420€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Amélioration du service offert aux patients	20 en 2017 80 en 2018 130 en 2019	140€ en 2017 560€ en 2018 910€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valorisation de la fonction de maître de stage	10 en 2017 30 en 2018 50 en 2019	70€ en 2017 210€ en 2018 350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
TOTAL		75 en 2017 230 en 2018 380 en 2019	525 € en 2017 1 610 € en 2018 2 660 € en 2019		