

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

10324 *Real Decreto-ley 11/2026, de 12 de mayo, por el que se modifica la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.*

I

El acceso a los medicamentos en condiciones de equidad constituye un elemento esencial del derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución, así como un pilar básico del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La contribución de los usuarios al coste de los mismos, ampliamente extendida en los sistemas de salud de los países de la Unión Europea, constituye una herramienta útil de la política sanitaria. Cuando se configura de manera adecuada favorece un uso más racional de los medicamentos y de las prestaciones sanitarias, reduciendo consumos innecesarios o inadecuados y evitando los riesgos asociados a una utilización inapropiada, todo ello sin menoscabar los principios de equidad en el acceso.

En este sentido, la aportación de los usuarios no debe concebirse en ningún caso como un mecanismo orientado a la obtención de ingresos públicos. Su finalidad no es recaudatoria ni tributaria, sino que responde a objetivos propios de la política sanitaria, vinculados al uso adecuado y responsable de los recursos del sistema de salud.

El modelo vigente de copago farmacéutico, configurado en torno a porcentajes de aportación vinculados a la renta y a la condición de asegurado, responde a esta finalidad de promover un uso racional de los medicamentos y de reforzar la corresponsabilidad en su utilización. Desde esta perspectiva, resulta coherente que los medicamentos de uso o dispensación hospitalaria permanezcan exentos de copago. En estos casos, la prescripción está altamente controlada por profesionales sanitarios en entornos clínicos específicos, lo que reduce prácticamente a cero el riesgo de consumo inapropiado. Introducir copagos en este ámbito no aportaría beneficios en términos de eficiencia y podría, en cambio, generar inequidades o dificultades de acceso.

Con respecto a los medicamentos dispensados en oficina de farmacia comunitaria, el diseño del sistema de copago debe equilibrar cuidadosamente su función disuasoria con la necesidad de garantizar el acceso efectivo a los tratamientos. Un copago mal calibrado puede convertirse en una barrera económica que afecte negativamente a la adherencia terapéutica, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o en aquellos con menor capacidad económica. La evidencia muestra que incrementos en la carga financiera para el paciente pueden derivar en abandono o uso irregular de los tratamientos, lo que a medio y largo plazo incrementa los costes sanitarios y empeora los resultados en salud.

Por ello, es fundamental que el sistema respete criterios de equidad horizontal y vertical, es decir, que trate de manera similar a quienes tienen igual necesidad sanitaria y ajuste la contribución en función de la capacidad económica. La cantidad acumulada que un paciente aporta mediante copagos debe ser proporcional a su renta y a su carga de enfermedad, evitando situaciones en las que individuos con alta necesidad terapéutica soporten un esfuerzo económico desproporcionado.

II

El sistema de copago farmacéutico vigente se articula mediante porcentajes de aportación vinculados a tramos de renta, con la introducción de topes máximos mensuales para determinados colectivos. Este mecanismo pretende limitar la carga

financiera acumulada, de modo que, una vez alcanzado el umbral establecido, el paciente no deba seguir contribuyendo durante ese periodo. Asimismo, existen exenciones para los grupos más vulnerables –como ciertos pensionistas, personas en situación de desempleo o con rentas muy bajas–, así como reducciones específicas para medicamentos destinados al tratamiento de enfermedades graves o crónicas.

No obstante, el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica (en adelante, CAPF), órgano colegiado, de carácter científico-técnico, adscrito al órgano ministerial competente en materia de prestación farmacéutica del Ministerio de Sanidad, ha señalado diversas disfunciones en el modelo actual que comprometen su equidad y eficacia. Uno de los problemas más relevantes es la situación de los trabajadores activos con rentas bajas que, al no estar incluidos en los grupos considerados vulnerables, afrontan porcentajes de copago elevados, en ocasiones superiores a los de pensionistas con niveles de renta similares o incluso mayores. Esta anomalía introduce una inequidad clara en el sistema y contradice el principio de progresividad.

Particularmente preocupante es el caso de los pacientes activos con enfermedades crónicas, que deben hacer frente a un copago del 40% sin un límite máximo suficientemente restrictivo. Dado que estos pacientes concentran un alto consumo de medicamentos, la aportación acumulada puede alcanzar niveles muy elevados, lo que incrementa el riesgo de incumplimiento terapéutico. Esta situación no solo afecta al bienestar del paciente, sino que puede generar mayores costes para el sistema sanitario debido a complicaciones evitables y hospitalizaciones.

En consecuencia, el CAPF propuso avanzar hacia un modelo más equitativo mediante varias líneas de reforma. En primer lugar, ampliar las exenciones para incluir a todas las personas por debajo de un determinado umbral de renta, independientemente de su situación laboral. En segundo lugar, introducir una mayor progresividad en los porcentajes de copago, evitando saltos bruscos entre tramos de renta y ajustando mejor la contribución a la capacidad económica real. En tercer lugar, revisar los topes máximos mensuales para garantizar que ningún paciente, especialmente aquellos con alta carga de enfermedad, soporte una carga financiera excesiva.

Los déficits estructurales identificados en el sistema de copago farmacéutico –particularmente su insuficiente progresividad, la carga desproporcionada sobre determinados colectivos y la ausencia de límites efectivos en algunos supuestos de alta necesidad terapéutica– adquieren una relevancia aún mayor cuando se analizan en el contexto de la actual coyuntura geopolítica y económica. En efecto, las tensiones en Oriente Medio desde el 28 de febrero han desencadenado una serie de efectos macroeconómicos –entre ellos, presiones inflacionarias, encarecimiento de la energía y perturbaciones en las cadenas de suministro– que inciden directamente sobre la renta disponible de los hogares.

Desde una perspectiva de salud pública, garantizar la adherencia a tratamientos esenciales en contextos de crisis económica constituye una inversión estratégica. La interrupción o el uso inadecuado de medicamentos en pacientes crónicos puede traducirse en un aumento de complicaciones clínicas, hospitalizaciones evitables y, en última instancia, un mayor coste para el sistema sanitario. Por tanto, la reforma del copago no debe entenderse únicamente como una medida de protección social, sino también como un instrumento de eficiencia económica y sostenibilidad.

III

En el actual contexto internacional, marcado por tensiones geopolíticas persistentes y conflictos armados de elevada intensidad, se ha producido un incremento significativo de los costes energéticos y de la inflación, con un impacto directo sobre la economía de los hogares. Esta situación ha derivado en una pérdida sobrevenida de poder adquisitivo que afecta de manera especial a los colectivos más vulnerables y a amplias capas de la población con rentas medias y bajas.

En este escenario, el diseño actual del copago farmacéutico puede actuar como un factor que intensifica las desigualdades en el acceso efectivo a los medicamentos, en particular cuando concurren tratamientos de carácter crónico o de larga duración que implican un gasto acumulado elevado.

Diversos análisis técnicos, incluidos los realizados por el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica, han puesto de relieve que determinados niveles de aportación pueden afectar negativamente a la adherencia terapéutica, especialmente en ausencia de límites máximos mensuales en algunos colectivos. La reducción o interrupción de tratamientos por motivos económicos no solo compromete la salud individual de los pacientes, sino que puede dar lugar a un incremento de complicaciones clínicas evitables y a una mayor utilización de recursos sanitarios de mayor complejidad.

En este contexto, resulta necesario adoptar medidas dirigidas a reforzar la equidad del sistema de copago farmacéutico, garantizando que las condiciones económicas no constituyan una barrera efectiva para el acceso a los medicamentos necesarios, especialmente en el caso de personas con enfermedades crónicas o de elevada carga terapéutica.

IV

A tal efecto, se establece la modificación del artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, que regula la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, para adecuar los porcentajes de aportación e incorporar mecanismos de protección adicionales en aquellos supuestos en los que el esfuerzo económico resulte desproporcionado.

Entre las distintas alternativas consideradas en el proceso de reforma, se ha priorizado aquella configuración que permite dar cumplimiento a los principios de equidad, progresividad y garantía de acceso previamente enunciados, minimizando al mismo tiempo efectos adversos sobre los distintos grupos de población. En particular, se ha optado por un diseño que evita la imposición de cargas adicionales significativas a cualquier tramo de renta, de modo que la implementación de las medidas no suponga un incremento neto de la aportación para ningún colectivo. En términos distributivos, ello se traduce en una solución en la que los individuos resultan beneficiados o, en el peor de los casos, mantienen su posición relativa inalterada, reforzando así la aceptabilidad social y su coherencia con los objetivos de protección y cohesión del sistema sanitario.

Para ello se revisan tanto los umbrales de renta que determinan los distintos niveles de aportación, en función de la base liquidable general y del ahorro consignada en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, como los topes aplicables en función de los mismos. La combinación de umbrales de renta y topes aplicables da como resultado pasar de tres niveles de aportación a seis niveles de aportación para las personas que ostentan la condición de asegurado activo y sus beneficiarios, y de tres a cuatro niveles de aportación para los pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios.

La instauración o modificación de los topes tiene como objetivo garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas o activos de rentas más bajas y sus beneficiarios con tratamientos de larga duración. Por ello se incorporan de manera progresiva topes máximos de aportación en las personas que ostentan la condición de asegurado activo y sus beneficiarios de rentas por debajo de 35.000 euros. También se introduce un tope intermedio para los pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios en el tramo de renta entre los 18.000 y los 60.000 euros (que anteriormente era similar para todo el bloque entre los 18.000 y los 100.000 euros).

Con estas medidas, la reforma se orienta a corregir disfunciones específicas del sistema vigente mediante la adecuación de los porcentajes de aportación y la introducción de mecanismos de protección adicionales en aquellos supuestos en los que

el esfuerzo económico resulta desproporcionado, todo ello sin alterar los principios generales de corresponsabilidad y uso racional de los medicamentos.

Se introduce, asimismo, una modificación en la regulación de la exención de aportación farmacéutica aplicable a los pensionistas de la Seguridad Social con menores niveles de renta. El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, incorporó al ordenamiento jurídico el régimen de aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, configurando el denominado copago.

La Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, procedió a la revisión de dicho régimen con el fin de reforzar la equidad del sistema, ampliando los colectivos exentos de aportación farmacéutica. En particular, se reconoció la exención a los pensionistas de la Seguridad Social con menores rentas, en particular, a los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros y a los que, en el caso de no estar obligados a presentar la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros. Dicho umbral permitía, inicialmente, que la mayor parte de los perceptores de pensiones mínimas quedaran exentos. La revalorización de estas pensiones, orientada a garantizar el mantenimiento de su poder adquisitivo y la suficiencia de las pensiones para garantizar la dignidad de la persona, de acuerdo con la recomendación 15.^a del Pacto de Toledo, ha determinado que un número creciente de dichos pensionistas haya dejado de cumplir los requisitos de exención.

A fin de corregir este efecto no deseado, se procede a la modificación del apartado 8.i) del artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, sustituyendo el umbral de renta de carácter fijo por un criterio de naturaleza dinámica. Con ello se persigue evitar que incrementos meramente nominales de las pensiones comporten la pérdida de la exención de aportación farmacéutica, garantizando su actualización automática en coherencia con la evolución de las cuantías mínimas de las pensiones.

En consecuencia, la nueva redacción establece la exención para los pensionistas de la Seguridad Social que perciban complementos por mínimos, en los términos previstos en el artículo 59 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, reforzando así la protección de los colectivos más vulnerables, al garantizar la eficacia de la exención pretendida para dar cobertura a un colectivo vulnerable como es el de los pensionistas con rentas más bajas, al mismo tiempo que la debida actualización de los límites de rentas con las sucesivas revalorizaciones de las pensiones.

Como consecuencia de la nueva redacción de la letra i) del artículo 102.8, es necesario regular la situación de aquellos pensionistas que, con anterioridad a la entrada en vigor del real decreto-ley y al amparo de la citada letra, se encontraban exentos de aportación, pero que, sin embargo, en el momento de la entrada en vigor de la ley no perciban el complemento por mínimos, siempre que concurren determinados requisitos. A los efectos de no perjudicar a este colectivo se incorpora una disposición transitoria que garantiza el mantenimiento de la exención de aportación farmacéutica ambulatoria para aquellos pensionistas de la Seguridad Social que, aun no siendo beneficiarios de complementos por mínimos, ya estuvieran exentos conforme a la regulación anterior y acrediten niveles de renta reducidos. Esta protección se extiende igualmente a las personas beneficiarias vinculadas a dichos pensionistas.

La adopción de estas medidas se enmarca en la línea de actuaciones desarrolladas en los últimos años para hacer frente a situaciones de crisis económica y social derivadas de factores externos, en las que se ha considerado necesario reforzar la protección de los colectivos más vulnerables y preservar el acceso a bienes y servicios esenciales.

V

La norma consta de una parte expositiva y de una parte dispositiva con un artículo único, una disposición transitoria única y tres disposiciones finales.

El artículo único establece la modificación del artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

La disposición transitoria única mantiene la exención de aportación farmacéutica ambulatoria para pensionistas de la Seguridad Social que, aun no siendo beneficiarios de complementos por mínimos, ya estuvieran exentos conforme a la regulación anterior.

La disposición final primera contiene los títulos competenciales que amparan la regulación estatal en esta materia.

La disposición final segunda contiene la habilitación para el desarrollo reglamentario y ejecución.

La disposición final tercera establece la entrada en vigor del real decreto-ley.

VI

Concurren en las medidas de este real decreto-ley, por su naturaleza y finalidad, las circunstancias de extraordinaria y urgente necesidad que exige el artículo 86 de la Constitución Española como presupuesto habilitante para la aprobación de este tipo de normas.

El artículo 86 de la Constitución Española permite al Gobierno dictar decretos-leyes en caso de urgente y extraordinaria necesidad, siempre que no afecten al ordenamiento de las instituciones básicas del Estado, a los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos regulados en el título I de la Constitución, al régimen de las Comunidades Autónomas ni al Derecho electoral general.

En consecuencia, el real decreto-ley constituye un instrumento constitucionalmente lícito, siempre que el fin que justifica la legislación de urgencia sea, tal como reiteradamente ha exigido el Tribunal Constitucional (SSTC 6/1983, de 4 de febrero, FJ 5; 11/2002, de 17 de enero, FJ 4, 137/2003, de 3 de julio, FJ 3 y 189/2005, de 7 de julio, FJ 3), subvenir a una situación concreta, dentro de los objetivos gubernamentales, que por razones difíciles de prever requiere de una acción normativa inmediata en un plazo más breve que el requerido por la vía normal o por el procedimiento de urgencia para la tramitación parlamentaria de las leyes, máxime cuando la determinación de dicho procedimiento no depende del Gobierno.

Para la concurrencia del presupuesto de la extraordinaria y urgente necesidad, la jurisprudencia del Alto Tribunal exige, por un lado, «la presentación explícita y razonada de los motivos que han sido tenidos en cuenta por el Gobierno para su aprobación», es decir, lo que ha venido a denominarse la situación de urgencia; y, por otro, «la existencia de una necesaria conexión entre la situación de urgencia definida y la medida concreta adoptada para subvenir a ella» (SSTC 29/1982, de 31 de mayo, FJ 3; 182/1997, de 20 de octubre, FJ 3, y 137/2003, de 3 de julio, FJ 4, 61/2018, de 7 de junio, FJ 4).

Así, la necesidad de la adopción de las medidas previstas en el presente real decreto-ley se fundamenta en la concurrencia de un contexto económico y social excepcional derivado de la actual situación geopolítica internacional, caracterizada por conflictos armados de elevada intensidad y duración, que tienen un impacto directo e inmediato sobre la capacidad económica de los hogares.

Este escenario, análogo al que motivó la adopción de diversas medidas urgentes en el ámbito económico y social en los últimos años, provoca una pérdida sobrevenida de poder adquisitivo que afecta de manera especialmente intensa a los colectivos más vulnerables y a las rentas medias y bajas, incidiendo directamente en su capacidad real de acceso a bienes esenciales, entre los que se encuentran los medicamentos.

En este contexto, las disfunciones del actual sistema de copago farmacéutico amplifican los efectos de dicha pérdida de capacidad económica, en particular en el caso de personas con enfermedades crónicas no incluidas en los colectivos exentos, que

deben hacer frente a aportaciones elevadas sin límites máximos mensuales. Esta situación está produciendo efectos inmediatos sobre la adherencia a los tratamientos, pudiendo dar lugar a interrupciones o reducciones en el consumo de medicamentos esenciales por motivos económicos.

La concurrencia de estos factores, incremento del coste de vida, reducción de la renta disponible y diseño del sistema de copago, genera un riesgo cierto y actual para la salud individual y colectiva, al incrementar la probabilidad de descompensaciones clínicas, agravamiento de patologías y aumento de la demanda de atención sanitaria urgente y hospitalaria, con el consiguiente impacto sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

La urgencia de la intervención normativa viene determinada por la necesidad de evitar que estos efectos se consoliden o se intensifiquen en el corto plazo, especialmente en un contexto de elevada incertidumbre económica derivada de la evolución de la situación geopolítica internacional. La utilización del procedimiento legislativo ordinario resultaría incompatible con la necesidad de dar una respuesta inmediata a una situación que está produciendo consecuencias actuales sobre la salud de la población y la equidad en el acceso a las prestaciones farmacéuticas.

Asimismo, las medidas adoptadas responden a la necesidad de reforzar la protección de los colectivos más vulnerables, en línea con las actuaciones adoptadas en anteriores contextos de crisis, garantizando que las condiciones económicas no constituyan una barrera efectiva para el acceso a tratamientos necesarios.

Por otro lado, y de conformidad con la doctrina establecida por el Tribunal Constitucional (entre otras, la Sentencia del Tribunal Constitucional 61/2018), concurre la necesaria conexión entre la situación de extraordinaria y urgente necesidad descrita y las medidas concretas adoptadas. En efecto, la modificación del sistema de copago farmacéutico mediante la adecuación de los porcentajes de aportación y la introducción de límites máximos en colectivos actualmente no protegidos constituye una respuesta directa, inmediata y proporcionada a los efectos derivados de la pérdida de capacidad económica de los hogares, garantizando la continuidad de los tratamientos y reduciendo los riesgos sanitarios asociados a su interrupción.

VII

El presente real decreto-ley responde a los principios de buena regulación establecidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, toda vez que el principio de necesidad ha quedado acreditado gracias a la justificación y concurrencia del presupuesto habilitante exigido por el artículo 86.1 de la Constitución Española para la aprobación por parte del Gobierno de reales decretos-leyes, y que ha quedado detallado en los apartados anteriores de esta parte expositiva. Concretamente, las medidas que se aprueban tienen todas ellas un carácter necesario y urgente habiéndose justificado en los apartados anteriores la necesidad de su aprobación por norma con rango de ley.

La protección del interés general exige de un vehículo jurídico eficaz, siendo así el real decreto-ley el instrumento más inmediato para garantizar su consecución. Se cumple con el principio de eficacia porque se actúa sobre las situaciones concretas para atenderlas directa e inmediatamente.

Igualmente, la norma resulta acorde con el principio de proporcionalidad, por cuanto se trata de la regulación mínima e indispensable, como ya fuera señalado, para la consecución de los objetivos descritos a lo largo de esta norma y no se limitan los derechos de los ciudadanos ni se les imponen nuevas obligaciones. El principio de seguridad jurídica resulta plenamente garantizado por cuanto la norma respeta y se inserta coherentemente dentro del sistema de fuentes y con el resto del ordenamiento jurídico.

Ante la situación de extraordinaria y urgente necesidad analizada es necesaria la aprobación de un real decreto-ley, dado el rango legal exigible de las medidas a implementar y ante las alternativas posibles. Por ello, esta norma se erige como la

opción más adecuada y pertinente. La eficiencia, además, se cumple en la medida en que este real decreto-ley refuerza la equidad y eficacia del sistema sin minorar la racionalización de la gestión de los recursos públicos, y en que no impone nuevas cargas administrativas.

Por lo que al principio de transparencia se refiere, y si bien la norma está exenta de la realización de los trámites de consulta pública y audiencia e información pública, tal y como establece el artículo 26.11 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, los objetivos que pretende este real decreto-ley están nítidamente explicados tanto en la parte expositiva del mismo como en la Memoria que lo respalda. Igualmente, el principio de transparencia se materializa por la plasmación de los objetivos perseguidos en la norma y con su posterior remisión al Congreso de los Diputados para su convalidación en debate público.

Por último, en relación con el principio de eficiencia, en este real decreto-ley no se imponen nuevas cargas administrativas para la ciudadanía.

Lo dispuesto en el presente real decreto-ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16.^a de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, y del artículo 149.1.17.^a de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de régimen económico de la Seguridad Social.

En su virtud, haciendo uso de la autorización contenida en el artículo 86 de la Constitución Española, a propuesta de la Ministra de Sanidad y del Ministro de Hacienda, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 12 de mayo de 2026,

DISPONGO:

Artículo único. *Modificación del artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.*

El artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, queda redactado como sigue:

«Artículo 102. *Aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.*

1. Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria, a través de oficinas o servicios de farmacia.

2. Solo la prestación farmacéutica ambulatoria que se dispense por medio de receta médica oficial u orden de dispensación a través de oficinas de farmacia estará sujeta a aportación del usuario, incluyendo la derivada de la dispensación de fórmulas magistrales y vacunas individualizadas.

3. La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario, con excepción de los supuestos de fórmulas magistrales, vacunas individualizadas u otros productos personalizados, en los que podrá solicitarse en el momento del encargo del producto.

4. La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

5. Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) Un 60% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios o pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b) Un 50% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios, cuya renta sea igual o superior a 60.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 45% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 60.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

d) Un 40% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los párrafos a), b) o c) anteriores.

e) Un 10% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el párrafo a) cuya aportación será la indicada en dicho párrafo.

f) Un 40% del PVP para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

6. Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas o activos de rentas más bajas y sus beneficiarios con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:

a) Un 10% del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima mensual de 4,98 euros.

b) Para los usuarios que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 9.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, hasta un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros.

c) Para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 9.000 euros e inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18,52 euros.

d) Para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 35.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 61,75 euros.

e) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes párrafos f), g) o h), hasta un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros.

f) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 60.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 13,37 euros.

g) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 60.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18,52 euros.

h) Para los usuarios que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea, igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 61,75 euros.

7. El importe de las aportaciones que excedan de las cuantías mencionadas en el apartado anterior será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

8. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

b) Personas perceptoras de rentas de integración social.

c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.

d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.

g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.

h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.

i) Los pensionistas de la Seguridad Social perceptores de los complementos para pensiones inferiores a la mínima previstos en el artículo 59 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

9. El nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles de aplicación lo dispuesto en el apartado 6.a) y en el apartado 8.e) del presente artículo.

10. El Gobierno podrá actualizar, mediante real decreto, los límites máximos a que se hace referencia en el apartado 6 de este artículo.»

Disposición transitoria única. *Exención de la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria cuando el pensionista de Seguridad Social no sea beneficiario del complemento por mínimos de las pensiones contributivas.*

Los pensionistas de la Seguridad Social que, a la fecha de entrada en vigor de la redacción dada por este real decreto-ley al artículo 102.8 i) del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, no superaran los niveles de renta establecidos en su redacción anterior, continuarán exentos de la aportación del usuario en la prestación farmacéutica ambulatoria, aun cuando no fueran perceptores de los

complementos para pensiones inferiores a la mínima previstos en el artículo 59 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, si su renta anual fuera inferior a 5.635 euros de conformidad con el importe consignado en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. En caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, continuarán exentos si su renta anual es inferior a 11.200 euros.

La exención prevista en el párrafo anterior se aplicará igualmente a las personas beneficiarias de dichos pensionistas.

Disposición final primera. *Título competencial.*

Lo dispuesto en el presente real decreto-ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16.^ª de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, y del artículo 149.1.17.^ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de régimen económico de la Seguridad Social.

Disposición final segunda. *Desarrollo reglamentario.*

Se habilita al Gobierno a dictar cuantas disposiciones sean necesarias para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en este real decreto-ley.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

Este real decreto-ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado el 12 de mayo de 2026.

FELIPE R.

El Presidente del Gobierno,
PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ-CASTEJÓN