



Rapport fra Demokratiudvalget 2024

December 2025

LÆGEFORENINGEN

16. december 2025

Sagsnr: 2024 - 3758

Dok.nr.: 2338799

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	2
2. Demokratiudvalgets nedsættelse og kommissorium	3
3. Demokratiudvalgets anbefalinger	6
4. Gennemgang af Demokratiudvalgets arbejde	7
4.1. Intern organisering	7
4.1.1. Håndtering af store forskelle i medlemsstørrelsen	8
4.1.2. Fordeling af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger .	11
4.1.3. Opgave- og ansvarsfordelingen	14
4.1.4. Sammensætningen af Lægeforeningens bestyrelse	15
4.2. Kollegialitet	17
4.3. Foreningen af Pensionerede Læger	19
4.4. Studerende	24
4.5. Lægeforeningens regionale repræsentation	25
4.5.1. Den regionale organisering	25
4.5.2. Sammensætning af ledelsen i de regionale repræsentationer	27
4.5.3. Benævnelsen af ledelsen i de regionale repræsentationer	31
4.5.4. De regionale repræsentationers formål, mandat og opgaver	32
4.6. Vedtægtsbestemmelser om medlemskab	33
5. Bilag	36
5.1. Bilag A. Kommissorium	36
5.2. Bilag B. Organiseringen af den svenske lægeforening	36
5.3. Bilag C. Organiseringen af den norske lægeforening	36
5.3. Bilag D. Baggrundsnotat om medlemsstrukturer og medlemsudvikling	36



1. Indledning

Lægeforeningen er standsforeningen for læger i Danmark og rummer de forhandlingsberettigede foreninger Yngre Læger, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger. Lægeforeningen omfatter også Foreningen af Pensionerede Læger, der er en sammenslutning af læger, der ikke længere eller kun i mindre omfang er erhvervsaktive.

Lægeforeningen har som forening været i kraftig vækst gennem mange årtier og alene de seneste 10 år er medlemstallet vokset med mere end 9.000 medlemmer. Over tid er der også sket et betydeligt skift i de interne størrelsesforhold mellem de forhandlingsberettigede foreninger, hvor navnlig Yngre Læger er vokset. Samtidig er der også sket en stor vækst i gruppen af pensionerede læger.

Lægeforeningen er alle lægers forening, og dens opgave er at varetage interesserne for alle læger under ét. Lægeforeningen som standsforening bygger på et princip om, at man som forening står stærkere, når man taler med *én stemme*. Centralt står den gensidige forståelse af værdien af at være i samme forening og viljen hos alle til at varetage alles interesser frem for kun særlige interesser hos udvalgte grupper af læger.

Lægeforeningens bestyrelse har gennem nedsættelse af et demokratiudvalg i 2020 (Demokratiudvalget 2020) søgt at behandle de konsekvenser, ændringerne i størrelsesforholdene kan have for beslutningsprocesser, sammenhængskraft og mindretalsbeskyttelse i Lægeforeningen. Med Demokratiudvalgets anbefalinger og den efterfølgende justering af Lægeforeningens vedtægter, lykkedes man med at behandle nogle af konsekvenserne ved forskydningen i foreningernes indbyrdes størrelsesforhold.

Grundlaget for på ny at nedsætte et Demokratiudvalg – *Demokratiudvalget 2024* – har været, at der med de seneste års overenskomstforhandlinger samt udviklingen i sundhedsvæsenet har kunne iagttages tendenser, der kan tænkes yderligere at forstærke forskydningen i størrelsesforholdene mellem foreningerne. Samtidig har baggrunden for nedsættelsen af Demokratiudvalget 2024 været, at der er sket – og forventes at ske – væsentlige ændringer i sundhedsvæsenets struktur - ikke mindst som en forventet konsekvens af den senere indgåede *Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre om Sundhedsreform 2024*

(Sundhedsreformen) – der gør det relevant at undersøge, hvordan foreningen bedst muligt organiserer sig og i takt med udviklingen sikrer den bedst mulige interessevaretagelse for alle foreningens medlemmer.

På den baggrund skal Demokratiudvalget 2024 ifølge kommissoriet undersøge, om Lægeforeningen har en organisering, der er egnet til at sikre den sammenhængskraft, som er nødvendig for, at Lægeforeningen også fremover kan være *dén* forening, der taler med én stemme på vegne af alle læger.

"Lægeforeningen skal også i fremtiden være den stærke stemme på vegne af standen, der kan løfte svære sundhedspolitiske dagsordener. Derfor har vi nedsat et nyt demokratiudvalg, der skal undersøge, hvordan vi som standsforening står stærkest med de foreninger, vi er. Hvordan vi bevarer den stærke professionsstemme, som lægestanden har i samfundet. Og hvordan vi i takt med udviklingen af sundhedsvæsenet sikrer den bedst mulige interessevaretagelse for vores medlemmer."

- Camilla Noelle Rathcke, Lægemøde 2025



2. Demokratiudvalgets nedsættelse og kommissorium

Demokratiudvalgets nedsættelse

På et møde i Lægeforeningens bestyrelse den 23. april 2024 blev der stillet forslag om nedsættelse af et nyt demokratiudvalg. Rammerne for udvalgsarbejdet blev drøftet på et efterfølgende møde i bestyrelsen den 20. juni 2024, hvor der blev truffet beslutning om, at der skulle udarbejdes et nærmere oplæg til et kommissorium. Kommissoriet blev godkendt på bestyrelsens internatmøde den 29-31. august 2024, jf. bilag A, hvorefter Demokratiudvalget 2024 blev nedsat.

Demokratiudvalgets sammensætning og betjening

Demokratiudvalget er sammensat af medlemmerne af Lægeforeningens bestyrelse, Lægeforeningens direktør og direktørerne for de forhandlingsberettigede foreninger. Lægeforeningens formand er formand for udvalget.

Demokratiudvalget er blevet betjent af Lægeforeningens sekretariat. Lægeforeningens sekretariat har desuden i relevant omfang indhentet bidrag fra sekretariaterne i de forhandlingsberettigede foreninger og de nordiske lægeforeninger.

Demokratiudvalgets opgave

Demokratiudvalget har fået til opgave at drøfte seks overordnede temaer, som alle vedrører Lægeforeningens organisering. Udvalgets opgave er, jf. kommissoriet:

1. At se på foreningernes **interne organisering**, herunder undersøge:
 - Hvordan Lægeforeningen fremadrettet kan håndtere store forskelle i medlemsstørrelsen i de forhandlingsberettigede foreninger i forhold til at fremstå som en samlet, stærk Lægeforening,
 - Om fordelingen af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger – nu og i fremtiden – afspejler de strukturer og den fordeling af læger, sundhedsvæsenet har, i forhold til interessevaretagelse for medlemmerne af sundhedspolitik og overenskomstmæssig karakter,
 - Om opgave- og ansvarsfordelingen mellem Lægeforeningen og de forhandlingsberettigede foreninger er den rette, og om den tilstrækkeligt præcist afgrænset, og
 - Om der er behov for at ændre LFBs sammensætning.
2. At se på behovet for at indføre mere forpligtende bestemmelser i vedtægterne om **kollegialitet**.
3. At se på, hvordan **pensionerede læger** fremover bør være afgrænset og repræsenteret, herunder Foreningen af Pensionerede Lægers (FPLs) ønske om et nyt navn.
4. At se på om Lægeforeningen fremover bør invitere **studerende** ind i medlemskredsen.
5. At se på den **decentrale struktur**, herunder behovet for tilpasning af den regionale struktur, bl.a. i lyset af strukturreformen.



6. At se på det indbyrdes forhold mellem bestemmelser i Lægeforeningens vedtægter og de forhandlingsberettigede foreninger **vedtægter om bl.a. medlemskab**, idet bestemmelser herom på en række punkter ikke stemmer overens.

Sammenhæng med tidligere analyser m.v.

Ifølge kommissoriet har Demokratiudvalgets arbejde i videst muligt omfang skulle bygge videre på de kortlægninger og analyser, der blev udarbejdet i regi af det tidligere Demokratiudvalg fra 2020. Dog har Demokratiudvalget 2024 skulle genbesøge prognosen over udviklingen i foreningens størrelsesforhold, jf. afsnit 4.1, samt indhente oplysninger om organiseringen af lægeforeningerne i de øvrige nordiske lande, jf. bilag B og C.

Demokratiudvalgets arbejde

Demokratiudvalget har afholdt i alt 9 møder i perioden 21. november 2024 til 16. december 2025, hvor udvalget har drøftet de seks temaer, som udvalget har fået til opgave at behandle. Nogle temaer har været drøftet på flere møder, mens andre temaer alene har været genstand for drøftelse på et enkelt møde. Udvalget har desuden undervejs sikret inddragelse af både repræsentanter for Foreningen af Pensionerede Læger samt de regionale repræsentationer.

På første møde drøftede Demokratiudvalget de overordnede rammer for arbejdet, herunder en proces- og tidsplan. Demokratiudvalget tog desuden hul på drøftelsen af udvalgte temaer. Herefter fulgte en drøftelse af en række temaer på andet, tredje og fjerde møde i Demokratiudvalget.

I perioden frem mod femte møde i Demokratiudvalget var der planlagt en række møder med det formål at indhente input til overvejelserne og sikre inddragelse af relevante parter.

Med det formål at sikre den helt brede inddragelse og debat var Demokratiudvalget udvalgt som temasession på Lægemøde 2025, hvor Demokratiudvalgets opgave blev præsenteret, og hvor repræsentantskabet fik mulighed for at stille spørgsmål og komme med input til arbejdet.

Den 3. juni 2025 blev der afholdt møde med Lægeforeningens regionale forum, hvor der bl.a. med deltagelse af formændene for de 5 regionale repræsentationer blev redegjort for Demokratiudvalgets overvejelser og indhentet input fra de regionale repræsentanter.

På samme vis blev der den 16. juni 2025 afholdt møde med Foreningen af Pensionerede Lægers forretningsudvalg, hvor Demokratiudvalgets overvejelser blev præsenteret, og hvor der blev indhentet input hertil.

På femte og sjette møde i Demokratiudvalget drøftede udvalget igen en række temaer og tog bl.a. – med de regionale input og ønsker in mente – stilling til Lægeforeningens fremtidige decentral struktur.

I relation til den decentrale struktur besluttede Demokratiudvalget, at der var behov for allerede på dette tidspunkt – ultimo august – at forelægge en anbefaling for Lægeforeningens bestyrelse med det formål at sikre rettidig implementering af en ny regional struktur. Lægeforeningens bestyrelse tilsluttede sig anbefalingen på møde i Lægeforeningens bestyrelse den 30. august 2025. De regionale repræsentationer blev informeret på et møde den 9. september 2025.

På syvende møde i Demokratiudvalget blev der drøftet en række temaer og den 20. oktober 2025 afholdt Lægeforeningens formand møde med Foreningen af Pensionerede Lægers forretningsudvalg, hvor foreningens input til Demokratiudvalgets arbejde blev gennemgået. Demokratiudvalget drøftede



herefter på sit ottende møde bl.a. de input, der var kommet fra Foreningen af Pensionerede Læger.

Niende – og sidste møde i Demokratiudvalget – blev afholdt den 16. december 2025, hvor Demokratiudvalget formelt godkendte rapporten fra udvalget og besluttede at forelægge denne for Lægeforeningens bestyrelse.

For at sikre grundig orientering om den nye decentrale struktur blev der den 17. december 2025 afholdt et fællesmøde med de regionale bestyrelser i Lægeforeningen Sjælland og Lægeforeningen Hovedstaden og formændene for de øvrige regionale repræsentationer om Demokratiudvalgets overvejelser, anbefalinger og beslutninger.

Demokratiudvalgets afrapportering

Denne rapport, som præsenteres for Lægeforeningens bestyrelse den 16. december 2025, udgør Demokratiudvalgets afrapportering til Lægeforeningens bestyrelse. Lægeforeningens bestyrelse tager herefter stilling til rapportens anbefalinger med henblik på, at de vedtægtsændringer, som Lægeforeningens bestyrelse måtte ønske at bakke op om, kan fremsættes på Lægemøde i maj 2026. Det samme gælder en række ændringer af *Standardvedtægt for de regionale repræsentationer* (Standardvedtægten) for så vidt angår kommissoriets tema 5 om den decentrale organisering.



3. Demokratiudvalgets anbefalinger

Demokratiudvalget har fundet grundlag for at anbefale ændringer i relation til tre af de seks temaer, som udvalget har behandlet. Udvalgets anbefalinger fremgår af oversigten nedenfor.

Boks 1. Demokratiudvalgets anbefalinger

Foreningen af Pensionerede Læger

1. Indtægtsgrænsen for ikke-erhvervsaktive og pensionerede medlemmer ophæves. Fremover bliver antallet af arbejdsdage på et kalenderår udslagsgivende for, hvor et medlem skal organiseres. Et medlem, der har mere end 30 dages lægeligt arbejde inden for et kalenderår, skal dermed organiseres i en forhandlingsberettiget forening.
2. Foreningen af Pensionerede Lægers formål præciseres i foreningens vedtægter.
3. Ikke-erhvervsaktive, der ikke er pensionister, udskilles af Foreningen af Pensionerede Læger, så Foreningen af Pensionerede Læger udelukkende består af pensionister, og ikke-erhvervsaktive udelukkende har (ordinært) medlemskab hos Lægeforeningen.

Decentral struktur

4. Der etableres en ny Lægeforeningen Østdanmark pr. 1. januar 2026. Samtidig nedlægges Lægeforeningen Sjælland og Lægeforeningen Hovedstaden.
5. De nuværende bestyrelser i Lægeforeningen Sjælland og Lægeforeningen Hovedstaden sammenlægges og udgør i en overgangsperiode – frem til Lægemøde 2026 – bestyrelsen i Lægeforeningen Østdanmark, hvorefter der sker nyvalg.
6. Sammensætningen af ledelsen i de regionale repræsentationer ændres. Det sker ved at udvide antallet af medlemmer i samtlige regionale repræsentationer til 10. Der udpeges både en formand og næstformand i hver af de regionale repræsentationer. Formanden indsuppleres fra den forhandlingsberettigede forening, formanden vælges fra.
7. Betegnelsen for ledelsen i de regionale repræsentationer ændres fra "Bestyrelse" til "Råd", så benævnelsen bliver "Det Regionale Råd i Region X".
8. De regionale repræsentationers formål og opgaver præciseres i Standardvedtægten for Lægeforeningens regionale repræsentationer.

Vedtægtsbestemmelser om medlemskab

9. Det kodificeres i Lægeforeningens vedtægter, at en læge – der har solgt sin praksis – kan bevare ordinært medlemskab hos Praktiserende lægers Organisation under nærmere fastsatte betingelser.
10. Det kodificeres i Lægeforeningens vedtægter, at de forhandlingsberettigede foreninger kan tilbyde ekstraordinært medlemskab, og at der ikke er tilknyttet demokratiske rettigheder hertil.
11. Den nuværende praksis for håndtering af medlemmer, der midlertidigt er uden beskæftigelse, ændres. Medlemmer, der midlertidigt er uden beskæftigelse, forbliver dermed i den forhandlingsberettigede forening, de er tilknyttet, uanset varigheden af ledighedsperioden, så længe medlemmet har status som arbejdssøgende.
12. De demokratiske rettigheder for medlemmer, der har hovedbeskæftigelse i udlandet, præciseres i vedtægterne.



4. Gennemgang af Demokratiudvalgets arbejde

4.1. Intern organisering

Der er gennem en årrække sket et betydeligt skift i størrelsesforholdene mellem de forhandlingsberettigede foreninger. En udvikling, der har været kendetegnet ved, at især Yngre Læger er vokset.

Der er flere forskellige faktorer, der har påvirket udviklingen gennem årene. Det gælder blandt andet det øgede optag på medicinstudiet, den manglende tilpasning af videreuddannelseskapaleteten til behovet, etableringen af regionsklinikker og muligheden for udbudsklinikker i primærsektoren og ikke mindst regionernes beslutning om at oprette færre overlægestillinger, som betyder, at antallet af speciallæger i Yngre Læger vil vokse relativt hurtigt i de kommende år.

Grundlaget for at nedsætte Demokratiudvalget 2024 har blandt andet været, at der med Sundhedsreformen samt de seneste års overenskomstaftaler har kunne iagttages tendenser, der yderligere kan forstærke forskydningen i størrelsesforholdene mellem foreningerne. Samtidig har baggrunden for nedsættelsen af Demokratiudvalget været, at der over de næste år forventes at ske flere væsentlige ændringer i sundhedsvæsenets struktur ikke mindst som følge af Sundhedsreformen med betydning for Lægeforeningens organisering.

På den baggrund har Demokratiudvalget fået til opgave at se på, hvordan man sikrer den bedst mulige sammenhængskraft og den bedst mulige interessevaretagelse for alle Lægeforeningens medlemmer. Demokratiudvalget skal herunder undersøge:

- Hvordan Lægeforeningen fremadrettet kan håndtere store forskelle i medlemsstørrelsen i de forhandlingsberettigede foreninger i forhold til at fremstå som en samlet, stærk Lægeforening,
- om fordelingen af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger – nu og i fremtiden – afspejler de strukturer og den fordeling af læger, sundhedsvæsenet har, i forhold til interessevaretagelse for medlemmerne af sundhedspolitik og overenskomstmæssig karakter,
- om opgave- og ansvarsfordelingen mellem Lægeforeningen og de forhandlingsberettigede foreninger er den rette, og om den er tilstrækkeligt præcist afgrænset, og
- om der er behov for at ændre sammensætningen af Lægeforeningens bestyrelse.

Demokratiudvalget har som led i udvalgsarbejdet genbesøgt prognosen over medlemsudviklingen i de forhandlingsberettigede foreninger og Foreningen af Pensionerede Læger. Prognosen, som vist i **tabel 1**, understøtter formodningen om, at der fremadrettet vil ske en yderligere forskydning i størrelsesforholdene mellem de forhandlingsberettigede foreninger.

Tabel 1. Prognose for antal læger i PLO, FAS, YL og FPL



	PLO	FAS	YL	FPL	Sum*)
2026	3.437	9.402	16.873	7.339	37.051
2027	3.466	9.518	17.437	7.648	38.069
2028	3.509	9.633	17.883	7.971	38.996
2029	3.489	9.749	18.278	8.308	39.823
2030	3.571	9.864	18.674	8.659	40.768
2031	3.664	9.980	18.969	9.024	41.637
2032	3.757	10.095	19.365	9.405	42.622
2033	3.739	10.211	19.612	9.802	43.364
2034	3.868	10.326	20.060	10.216	44.471
2035	3.994	10.442	20.519	10.647	45.603

Anm:*) Summen angiver de fire kolonner lagt sammen og er ikke en prognose for medlemmer af Lægeforeningen, idet der er LF-medlemmer, der ikke er medlem af hverken PLO, FAS, YL eller FPL svarende til 558 medlemmer pr. 02.01.2025.

Kilde: PLO, FAS, YL og LF.

Tabellens kolonner angiver hver af de forhandlingsberettigede foreningers fremskrivninger og viser en forventning om et øget antal medlemmer i både PLO, Foreningen af Speciallæger og især Yngre Læger. Det forventede antal medlemmer i FPL er baseret på en simpel lineær udvikling.

4.1.1. Håndtering af store forskelle i medlemsstørrelsen

Den nuværende regulering og håndtering af størrelsesforskelle

Lægeforeningens vedtægter behandler i forskellige sammenhænge betydningen af de nuværende størrelsesforskelle internt mellem de forhandlingsberettigede foreninger og Pensionerede Læger i forhold til foreningens demokrati. Der eksisterer således en række bestemmelser i Lægeforeningens vedtægter, der har til formål at beskytte mindretallet i foreningen.

På anbefaling af det tidligere Demokratiudvalg – og efter beslutning på Lægemødet i 2022 – indeholder Lægeforeningens vedtægter i dag en række bestemmelser, der skal sikre en god balance mellem den demokratiske indflydelse, som én forening har i Lægeforeningen i forhold til de øvrige foreninger – uanset størrelse:

- En bestemmelse i vedtægternes pkt. 11.2, hvorefter pensionister og andre ikke-erhvervsaktive fik et fast antal repræsentanter (11 repræsentanter) i Lægeforeningens repræsentantskab¹, uanset deres størrelse.
- En bestemmelse i vedtægternes pkt. 11.2, hvorefter den mindste forhandlingsberettigede forenings antal repræsentanter i repræsentantskabet altid vil være større end antallet af pensionister og andre- ikke erhvervsaktives repræsentanter (mindst 12 repræsentanter i repræsentantskabet).

¹ Repræsentantskabet udgør Lægeforeningens øverste myndighed i fælles stands- og sundhedspolitiske spørgsmål. Repræsentantskabet består af 107 repræsentanter samt formændene eller næstformændene for Lægeforeningerne i Grønland og på Færøerne. Repræsentantskabet tager hvert år på Lægemøde stilling til fælles stands- og sundhedspolitiske spørgsmål.



- En bestemmelse i vedtægternes pkt. 18.3 om beslutninger i Lægeforeningens bestyrelse, der afgøres ved stemmевægte², hvorefter en forening ikke alene på grund af sin størrelse kan beslutte, hvad der skal gælde. For at en beslutning skal have gyldighed, skal mindst halvdelen af stemmerne og mindst to af de forhandlingsberettigede foreningers stemmевægte støtte beslutningen.

Demokratiudvalgets overvejelser

Lægeforeningen ser ind i, at der også fremadrettet kan være store forskelle i størrelsesforholdene mellem de forhandlingsberettigede foreninger – ligesom antallet af medlemmer i Foreningen af Pensionerede Læger også vurderes at ville stige yderligere, jf. tabel 1 ovenfor.

Demokratiudvalget har derfor drøftet, om den nuværende mindretalsbeskyttelse er tilstrækkelig, eller om der med fordel kan indføres yderligere beskyttelse. Demokratiudvalget har drøftet en række forskellige forslag, der har til formål at styrke mindretalsbeskyttelsen i foreningen:

Begrænsning i én forenings maksimale antal pladser i repræsentantskabet

Ifølge Lægeforeningens vedtægter, jf. ovenfor, vil den mindste forenings antal repræsentanter i repræsentantskabet altid skulle være større end antallet af pensionister og andre ikke-erhvervsaktives repræsentanter (mindst 12 repræsentanter). Men der gælder ikke efter vedtægterne en bestemmelse om et maksimalt antal repræsentanter, som kan tilkomme en forhandlingsberettiget forening.

Demokratiudvalget har drøftet, om der – med henblik på at sikre en balanceret fordeling mellem foreningerne – også når de nuværende forskelle i størrelsesforholdet mellem de forhandlingsberettigede foreninger forventes at stige yderligere – skal indføres en begrænsning i antallet af repræsentanter, som maksimalt kan tilkomme én forening. Formålet med en sådan bestemmelse skulle i givet fald være, at én forening, der repræsenterer mere end halvdelen af det samlede antal medlemmer af Lægeforeningen, ikke på grund af sin størrelse selvstændigt ville kunne vedtage de beslutninger i repræsentantskabet, der afgøres ved simpelt flertal.

Demokratiudvalget har ikke fundet grundlag for at indføre en sådan begrænsning.

Begrænsning i muligheden for at etablere nye forhandlingsberettigede foreninger

Lægeforeningens vedtægter åbner i pkt. 3.4 op for, at der kan etableres nye forhandlingsberettigede foreninger, hvis dette besluttet af den/de foreninger, der ved etableringen har forhandlingsretten for den gruppe, der etablerer den nye forhandlingsberettigede forening. Der gælder imidlertid ingen begrænsning i, hvor stor en ny forening, der kan etableres.

Demokratiudvalget har drøftet, om der skal være en begrænsning i relation til oprettelsen af nye forhandlingsberettigede foreninger, så der ikke kan etableres en ny forhandlingsberettiget forening, herunder ved sammenlægning af foreninger, der numerisk udgør mere end halvdelen af Lægeforeningens samlede antal medlemmer ved etableringen. Formålet med en sådan bestemmelse skulle i givet fald være at understøtte den interne balance i Lægeforeningen ved at forebygge, at én forening er så stor, at Lægeforeningens rolle, som den forening, der samler alle læger og taler med én stemme på vegne af alle læger, udfordres.

² Afstemning i Lægeforeningens bestyrelse sker i henhold til stemmевægt, hvis det begæres af ét af medlemmerne af bestyrelsen. De udpegede formænd for de forhandlingsberettigede foreninger har et antal stemmer svarende til antallet af erhvervsaktive medlemmer i de forhandlingsberettigede foreninger, som de repræsenterer, mens formanden for Lægeforeningen har et antal stemmer svarende til halvdelen af antallet af ikke-erhvervsaktive medlemmer.



Der var ikke samlet opbakning i Demokratiudvalget til at begrænse muligheden for at oprette nye foreninger.

Udvidelse af mindretalsbeskyttelsen ved afstemninger i Lægeforeningens bestyrelse

Hvis en afstemning i Lægeforeningens bestyrelse sker i henhold til stemmевægt, har formændene/forpersonerne for de forhandlingsberettigede foreninger et antal stemmer svarende til antallet af erhvervsaktive medlemmer i de forhandlingsberettigede foreninger, som de repræsenterer. Lægeforeningens formand har et antal stemmer svarende til halvdelen af antallet af ikke-erhvervsaktive medlemmer. Det følger af vedtægternes pkt. 18.3.

Ifølge Lægeforeningens vedtægter, jf. ovenfor, skal en beslutning for at have gyldighed støttes af mindst halvdelen af stemmerne og mindst to af de forhandlingsberettigede foreningers stemmевægte. Denne mindretalsbeskyttelse indebærer i praksis, at én forening, der repræsenterer mindst halvdelen af stemmerne, ikke kan vedtage beslutninger, som de to andre foreninger ikke kan støtte. Men én forening, der repræsenterer mindst halvdelen af stemmerne, kan fortsat nedlægge veto mod beslutninger, som denne forening ikke støtter.

Eftersom den indførte mindretalsbeskyttelse ikke sikrer mod nedlæggelse af veto, har Demokratiudvalget drøftet, om det vil være hensigtsmæssigt at ophæve muligheden for, at én forening, der repræsenterer mindst halvdelen af stemmerne, kan nedlægge veto mod en beslutning.

Demokratiudvalget har ikke fundet grundlag for dette.

Andre regler for afstemninger i Lægeforeningens bestyrelse

Vedtægterne foreskriver som beskrevet ovenfor, at afstemning i Lægeforeningens bestyrelse sker ved brug af stemmевægte, hvor formanden/forpersonen for den pågældende forening har et antal stemmer, der svarer til antallet af erhvervsaktive medlemmer i de respektive foreninger, mens Lægeforeningens formand har et antal stemmer svarende til halvdelen af antallet af ikke-erhvervsaktive medlemmer.

Demokratiudvalget har drøftet en alternativ model, hvorefter hver forhandlingsberettiget forening ved afstemninger i bestyrelsen tildeles et antal stemmer, som svarer til antallet af repræsentanter, foreningen har i bestyrelsen. I dag har hver forening 3 repræsentanter.

Hvis den nuværende sammensætning af bestyrelsen fastholdes, hvor alle foreninger har lige mange pladser i bestyrelsen, vil forslaget indebære, at hver forening har et ligeligt antal stemmer, når der skal træffes beslutninger i bestyrelsen (balanceret model).

Demokratiudvalget har på baggrund af drøftelserne ikke fundet grundlag for at ændre de gældende afstemningsregler i bestyrelsen. Demokratiudvalget har blandt andet lagt vægt på, at stemmевægte anvendes meget sjældent, og at bestemmelsen har kun været brugt én gang tilbage i 2012.

Demokratiudvalget har således samlet set ikke fundet grundlag for at indføre yderligere mindretalsbeskyttelse i vedtægterne. Demokratiudvalget har lagt vægt på, at der med den senest indførte mindretalsbeskyttelse fra 2022 er fundet en god balance i relation til at sikre mindretallene i foreningen. Udvalget har desuden lagt vægt på, at det ikke er hensigtsmæssigt – eller muligt – at regulere sig ud af enhver situation, men at de bedste løsninger opnås gennem et godt og tillidsfuldt samarbejde.



4.1.2. Fordeling af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger

Den nuværende medlemsfordeling samt hovedhensyn bag fordelingen

Lægeforeningen er i henhold til vedtægternes pkt. 3.1 sammenholdt med pkt. 6.1 en (hoved)forening for alle læger, der har autorisation som læge og enten er erhvervsaktiv og medlem i en forhandlingsberettiget forening, pensionist, ikke-erhvervsaktiv eller har hovedbeskæftigelse i udlandet.

Som erhvervsaktiv er man medlem af en forhandlingsberettiget forening foruden Lægeforeningen, jf. vedtægternes pkt. 3.2.

Lægeforeningens vedtægter fastsætter den overordnede fordeling af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger. Om medlemskab af de forhandlingsberettigede foreninger fremgår følgende af vedtægternes pkt. 6.3:

- A. Yngre Læger optager læger ansat i underordnede stillinger, herunder amanuenser i praksis, nyuddannede og andre uden forudgående tilknytning.
- B. PLO optager alment praktiserende læger, der har tilkendegivet, at de udøver praksis for Den Offentlige Sygesikring eller på anden måde driver almen praksis som hovederhverv.
- C. FAS optager overlæger ved sygehus og andre institutioner for sygdomsforebyggelse eller sygdomsbehandling, praktiserende speciallæger samt læger, der ikke kan henføres under A eller B.

PLO

PLOs medlemmer kan opdeles i tre grupper: Praktiserende læger med ydernummer, praktiserende læger med vagtydernummer og ansatte læger, der tidligere har ejet et ydernummer. For den sidstnævnte kategori gælder, at når en speciallæge i almen medicin én gang har været ejer, kan lægen i op til 3 år efter at praksis er afhændet også være ordinært medlem af Praktiserende Lægers Organisation, hvis lægen er ansat i almen praksis. Efter de 3 år kan der søges dispensation om fortsat medlemskab af PLO. Ansøgningen behandles af Lægeforeningen.

Første gang en læge organiseres i Praktiserende Lægers Organisation er det således afgørende, at medlemmet er praktiserende læge med ejerskab af en klinik. Dermed er ejerskab og over-/underordningsforholdet som hovedregel vægtet over arbejdsområde, sektor og uddannelsesniveau. Selvom både klinikejeren og den ansatte er speciallæger i almen medicin, og begge arbejder i almen praksis, vægter klinikejerskabet hhv. underordningsforholdet, så de som hovedregel er organiseret i to forskellige forhandlingsberettigede foreninger: Praktiserende Lægers Organisation og Yngre Læger.

Yngre Læger

Yngre Læger består af følgende grupper af læger: KBU-læger, læger under videreuddannelse, læger i underordnede uklassificerede stillinger samt afdelingslæger/speciallæger, herunder også ansatte speciallæger i almen praksis og speciallægepraksis.

Yngre læger optager læger i underordnede stillinger, og det afgørende for tilhørsforholdet til Yngre Læger er dermed over-/underordningsforholdet, uanset om medlemmet er ansat i den primære eller sekundære sundhedssektor. Medlemmets uddannelsesniveau er heller ikke tillagt bestemmende vægt for tilhørsforholdet til Yngre Læger.

Det betyder, at Yngre Læger både består af læger i underordnede klassificerede eller uklassificerede stillinger samt speciallæger i underordnede stillinger.



Foreningen af Speciallæger

Foreningen af Speciallæger består af syv foreninger. De syv foreninger er: Overlægeforeningen, Foreningen af Praktiserende Speciallæger, Læger i Erhvervslivet, Universitetsansatte Læger, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger, Foreningen af Lægelige Chefer i Danmark og Overlæger i Staten.

Herudover fungerer Foreningen af Speciallæger også som den forening, der organiserer medlemmer, som ikke naturligt hører hjemme i de øvrige forhandlingsberettigede foreninger. Disse medlemmer samles i "Enheden".

Eftersom Foreningen af Speciallæger optager overlæger og praktiserende speciallæger, er det også over-/underordningsforholdet, der primært afgør tilknytningen til Foreningen af Speciallæger, ligesom uddannelsesniveau også spiller ind. Men det er ikke i alle tilfælde afgørende. Således er ikke alle læger i Foreningen af Speciallæger læger med speciallægeanerkendelse.

Kriterier for tilhørsforhold til en forhandlingsberettiget forening

Samlet set er det i den nuværende organisering primært ejerskab, over-/underordningsforhold og overenskomstnæssig tilknytning, der udgør de bestemmende kriterier ved fordelingen af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger. Sektor – forstået som det primære eller sekundære sundhedsvæsen – arbejdsområde og uddannelsesniveau er ikke tillagt bestemmende vægt for tilhørsforholdene i den nuværende organisering.

Nærmere om medlemsstruktur og medlemsudvikling

Der henvises til baggrundsnotat om medlemsstruktur og medlemsudvikling, jf. bilag D, for nærmere om medlemsfordelingen og -udviklingen i de forhandlingsberettigede foreninger.

Demokratiudvalgets overvejelser

Udviklingstendenser der har betydning for medlemsfordelingen

Demokratiudvalget har som led i udvalgsarbejdet set nærmere på de tendenser i sundhedsvæsenet, som potentielt kan påvirke antal og fordeling af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger – navnlig de indgået overenskomstaftaler og Sundhedsreformen.

Med overenskomstfornyelsen mellem Danske Regioner og Foreningen af Speciallæger (Overlægeforeningen) i 2021 blev det præciseret, at såvel ledende overlæger som overlæger organisatorisk eller fagligt er ledere i sygehusvæsenet. Ambitionen fra Danske Regioner er blevet tolket som et ønske om, at der fremover skal være færre overlæger – også i lyset af, at de fem regioner i 2017 ensidigt besluttede, at de fremover ikke ville ansætte speciallæger med mindre end fem års speciallægeanciennitet i overlægestillinger. I tilknytning hertil fik speciallæger med den seneste overenskomstaftale mellem Danske Regioner og Yngre Læger fra 2024 en række muligheder for alternative arbejdstidsregler samtidig med at titlen på stillingskategorien ændredes fra afdelingslæge til speciallæge.

I overenskomstaftalerne mellem PLO og RLTN fra 2018 og 2022 har parterne udvidet muligheden for at besætte kapaciteter med ansatte læger. Hertil kommer, at Sundhedsreformen – hvor man centralt har øget kapaciteten i det almenmedicinske tilbud og givet mulighed for at oprette nye klinikformer med ansatte læger – må forventes at føre til en stigning i antallet af ansatte speciallæger, der efter de gældende vedtægter vil være medlemmer af Yngre Læger.

Demokratiudvalget har på den baggrund drøftet, om alle grupper af læger er bedst muligt repræsenteret dér, hvor de er organiseret i dag. Udvalget har især drøftet følgende aspekter:



Ejerskabsforholdet som forudsætning for tilhørsforholdet til PLO

Demokratiudvalget har drøftet, om en forventet stigning i antallet af speciallæger i almen medicin, der er ansat i almen medicinske tilbud uden praksisejerskab, kalder på ændringer henset til, at de ansatte læger har samme arbejdsområde som praksisejere.

Demokratiudvalget har drøftet, om de forskellige grupper af speciallæger i almen medicin ser sig fagligt afspejlet i de fællesskaber, som de er en del af i dag samt om medlemmerne vil stå stærkere, hvis man – rent organisatorisk - tænker almen praksis og almenmedicinske tilbud mere sammen.

Demokratiudvalget har i den forbindelse drøftet fordele og ulemper ved at have klinikejere og ansatte speciallæger i samme forhandlingsberettigede forening. På den ene side skaber organisering i to forskellige forhandlingsberettigede foreninger en risiko for, at foreningerne kan blive spillet ud mod hinanden af en tredjepart. Organisering i samme forening kan modsat give bekymring for, om ansatte speciallægers løn- og vilkårmæssige interesser kan varetages i samme forhandlingsberettigende forening som klinikerne.

Demokratiudvalget har også drøftet, om man med fordel kunne etablere en ordning, hvor man som ansat speciallæge i almen praksis får varetaget *nogle* interesser i én forhandlingsberettiget forening og *andre* interesser i en anden forening. Det ville konkret indebære, at Yngre Læger ville forhandle overenskomst for medlemmet, mens PLO ville stå for den politiske interessevaretagelse.

Demokratiudvalget fandt samlet set ikke, at der på nuværende tidspunkt er grundlag for at ændre det organisatoriske tilhørsforhold for ansatte speciallæger i almen medicin. Udvalget har i stedet peget på et behov for øget samarbejde mellem PLO og Yngre Læger om særligt den politiske interessevaretagelse for gruppen af ansatte almenmedicinere.

Medlemsstrukturen i Foreningen af Speciallæger

Foreningen af Speciallæger er – på samme vis som Lægeforeningen – en hovedforening med underforeninger. Derfor adskiller strukturen i Foreningen af Speciallæger sig markant fra den, der gælder i de øvrige forhandlingsberettigede foreninger. Demokratiudvalget har drøftet, om dette forhold – sammen med den set udvikling i medlemstallet i de enkelte underforeninger i Foreningen af Speciallæger kalder på ændringer i foreningens organisering. Udvalget har i den sammenhæng drøftet forskellige alternative konstruktioner i forhold til de enkelte underforeninger ligesom udvalget har drøftet, om der er behov for en paraplyforening.

Demokratiudvalget har drøftet en model, hvor Overlægeforeningen, som er den største forening i Foreningen af Speciallæger, opdeles, så ledende overlæger og cheflæger kommer i forening sammen - eventuelt også med Foreningen af Lægelige Chefer i Danmark. De overenskomstsansatte overlæger ville samtidig skulle organiseres i en selvstændig forening sammen med de speciallæger, der i dag er organiseret i Yngre Læger. I udvalget var der imidlertid ikke samlet opbakning til en sådan model.

Udvalget har også berørt en alternativ model, hvor man på sigt lukker ned for overlægeoverenskomsten, så den almindelige overlæge forsvinder over tid og erstattes af underordnede speciallæger. En bekymring ved denne model er, at den ville kunne afføde mangel på lægelig ledelse og resultere i et løntryk til speciallæger samlet set. Udvalget kunne derfor ikke bakke op om en sådan model.



Muligheden for en anderledes organisering af de øvrige foreninger under Foreningen af Speciallæger: Læger i erhvervslivet, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger, Overlæger i Staten, Universitetsansatte læger og Enheden blev også berørt, men fokus for udvalgets drøftelse var på organiseringen af gruppen af speciallæger og overlæger.

Herudover drøftede Demokratiudvalget behovet for at have Foreningen af Speciallæger som paraplyforening i den samlede Lægeforening, idet f.eks. Overlægeforeningen og Foreningen af Praktiserende Speciallæger kunne udgøre selvstændige foreninger. Det blev fremhævet i den sammenhæng, at selvom der ikke er én samlende sag for de mindre grupper af medlemmer i Foreningen af Speciallæger, er der et fællesskab om at være mindre foreninger i en stor organisation. Der blev samtidig peget på, at det er en fordel, at sekretariatsbetjeningen af de mindre grupper af medlemmer ligger ét sted, hvor der er kompetencer inden for overenskomst og ansættelsesret.

Demokratiudvalget fandt samlet set, at der ikke på baggrund af drøftelserne kunne peges på en samlet konklusion, men at Foreningen af Speciallæger har rum til at foretage visse ændringer inden for egen organisation.

Medlemsspændet i Yngre Læger

I tilknytning til drøftelserne ovenfor har Demokratiudvalget behandlet spørgsmålet om, hvorvidt den tiltagende vækst i antallet af speciallæger i Yngre Læger – i sig selv – kalder på ændringer i organisationen.

Demokratiudvalget har i den forbindelse drøftet en model, hvor speciallæger flyttes fra Yngre Læger enten til en anden eksisterende forhandlingsberettiget forening eller en helt ny forhandlingsberettiget forening. Man har drøftet, hvad der i givet fald ville være den mest hensigtsmæssige organisering af de læger, der arbejder på sygehusene: Om tilhørsforholdet til en forening skulle fastlægges ud fra temaer som overenskomster, speciallægeanerkendelse, ledelsesansvar, fagligt fællesskab eller andet. Udvalget drøftede i den sammenhæng, hvad der ville være det vigtigste hensyn at varetage i en sådan ordning og for nogle fyldte det faglige fællesskab mest, mens overenskomster, løn og ledelsesansvar var af større betydning for andre. Der var således ikke bred enighed om hvilke hensyn, der skulle veje tungest, hvorfor der i udvalget heller ikke var samlet opbakning til at anbefale ændringer i organisationen af sygehuslægerne.

Som anført ovenfor har Demokratiudvalget heller ikke funder grundlag for at anbefale ændringer i det organisatoriske tilhørsforhold for gruppen af ansatte almenmedicinere i Yngre Læger.

4.1.3. Opgave- og ansvarsfordelingen

Den nuværende opgave- og ansvarsfordeling

Lægeforeningen er en forening for alle læger, og Lægeforeningen varetager interesser for den samlede lægestand under ét. Lægeforeningens formål er beskrevet i Lægeforeningens vedtægter pkt. 2. Det fremgår her, at:

- Lægeforeningen er en forening, der samler alle læger og påvirker stands- og sundhedspolitiske emner til gavn for befolkningen og lægestanden.
- Lægeforeningen medvirker til forskning, udvikling og understøttelse af lægers dygtiggørelse og fremmer kvalitet i sundhedsvæsenet.
- Lægeforeningen bidrager med lægefaglige perspektiver på samfundsforhold, der har betydning for forebyggelse og befolkningens sygdom og sundhed.



- Lægeforeningen fremmer faglighed, kollegialitet og fællesskab blandt læger, og
- Lægeforeningen medvirker til at skabe sammenhængskraft, koordinering og fremmer fælles interesser mellem de forhandlingsberettigede foreninger.
- Lægeforeningen varetager endvidere en række fælles opgaver for de forhandlingsberettigede foreninger og deres medlemmer.

Lægeforeningens vedtægter beskriver i pkt. 4 de opgaver, som de forhandlingsberettigede foreninger varetager på deres medlemmers vegne. Det fremgår her, at de forhandlingsberettigede foreningers formål, er at varetage deres medlemmers samlede økonomiske og faglige interesser, herunder at slutte aftaler og overenskomster med offentlige myndigheder eller med private institutioner og virksomheder. Det skal ske i respekt for Lægeforeningens formål og de øvrige forhandlingsberettigede foreningers interesser.

Lægeforeningens opgave er således at varetage interesserne for den samlede lægestand under ét, mens de forhandlingsberettigede foreninger har til opgave at varetage deres medlemmers særlige økonomiske og faglige interesser.

Demokratiudvalgets overvejelser

Demokratiudvalget har drøftet, om opgave- og ansvarsfordelingen mellem Lægeforeningen og de forhandlingsberettigede foreninger er den rette.

Udvalget har konkluderet, at det er vigtigt at holde fast i den nuværende organisering med en standsforening (Lægeforeningen) og forhandlingsberettigede foreninger. Demokratiudvalget finder, at det er en stor styrke, at Lægeforeningen er en standsforening uden overenskomstmæssigt forhandlingsmandat, da det skaber legitimitet, når Lægeforeningen udtaler sig politisk.

Demokratiudvalget har dog fundet, at der i forhold til den regionale interessevaretagelse i Lægeforeningen er potentiale for en bedre organisering og et styrket samarbejde med den centrale politiske interessevaretagelse. Det bemærkes i den forbindelse, at der sideløbende med Demokratiudvalgets arbejde er gennemført en intern omorganisering i Lægeforeningens sekretariat pr. 1. oktober 2025. Ændringen indebærer, at sekretariatsbetjeningen af Lægeforeningens politiske interesser - i regionerne såvel som centralt - er forankret ét sted. For øvrige ændringer på det regionale område henvises til afsnit 4.5. nedenfor.

Endelig har Demokratiudvalget drøftet, om opgave- og ansvarsfordelingen mellem Lægeforeningen og de forhandlingsberettigede foreninger er tilstrækkeligt afgrænset, og om der behov for en præcisering af opgaver og ansvar. Demokratiudvalget har videre haft en overordnet drøftelse af, hvordan samarbejdet om den politiske interessevaretagelse fungerer, hvordan politiske agendaer løftes med respekt for alles interesser, og hvordan man håndterer emner, hvor flere foreninger har legitime/overlappende interesser.

Demokratiudvalget har på baggrund af drøftelserne ikke fundet grundlag for at anbefale ændringer af opgave- eller ansvarsfordeling. Udvalget har i den forbindelse peget på, at afgrænsningen af opgaver og ansvar naturligt vil være forbundet med en række gråzoner, men at det vigtige er, at der er dialog for at finde fælles løsninger.

4.1.4. Sammensætningen af Lægeforeningens bestyrelse

Den nuværende sammensætning af Lægeforeningens bestyrelse



Lægeforeningens bestyrelse består i henhold til vedtægternes pkt. 16.1 af en formand og 9 medlemmer. Formændene for de forhandlingsberettigede foreninger er fødte medlemmer, mens de øvrige medlemmer vælges af Repræsentantskabet. Repræsentantskabet vælger således 6 medlemmer af bestyrelsen efter indstilling fra de forhandlingsberettigede foreninger, som hver indstiller 2 medlemmer, jf. vedtægternes pkt. 16.3.

Lægeforeningens bestyrelse består dermed af 3 medlemmer fra Yngre Læger, 3 medlemmer fra Foreningen af Speciallæger og 3 medlemmer fra Praktiserende Lægers Organisation. Der er tale om en "balanceret bestyrelse" med ligelig repræsentation fra hver forhandlingsberettiget forening uanset størrelsen på foreningen. Sammensætningen betyder, at der er lige mange repræsentanter fra hver forening til at tage del i drøftelserne og til at nuancere debatten i bestyrelsen.

PLO's medlemmer af bestyrelsen har observatørpost i PLO's bestyrelse, mens Yngre Læger og Foreningen af Speciallægers medlemmer af Lægeforeningens bestyrelse også er medlemmer i Yngre Lægers og Foreningen af Speciallægers bestyrelse.

Idet bestyrelsen er konsensusføgende og tilstræber at træffe beslutninger i enighed uden afstemning, slår foreningernes størrelse formelt set først igennem, når det begæres af et eller flere medlemmer, at afstemning skal ske i henhold til stemmevægt.

Demokratiudvalgets overvejelser

Demokratiudvalget har drøftet, om sammensætningen af bestyrelsen skaber de optimale rammer for en stabil og stærk organisation og demokratisk forening, herunder i lyset af udviklingen i størrelsesforholdene mellem foreningerne.

Demokratiudvalg har drøftet et alternativ til den nuværende balancerede model med et ligeligt antal pladser til hver forening; nemlig at bestyrelsen sammensættes under hensyntagen til foreningernes faktiske størrelse (repræsentativ model). En repræsentativ model kunne se ud således, at Yngre Læger tildelles 4 pladser, Foreningen af Speciallæger 3 og PLO 2 pladser i bestyrelsen.

Demokratiudvalget har ikke fundet behov for at ændre sammensætningen i Lægeforeningens bestyrelse, idet den ligelige repræsentation fra hver forening findes at være en styrke for foreningens demokrati.

Demokratiudvalget har desuden drøftet, om der er behov for yderligere beskyttelse af grupper og/eller sektorer i Lægeforeningens bestyrelse for at sikre gruppens stemme i foreningens demokrati. Udvalget hæfter sig i den forbindelse ved, at Lægeforeningen gennem sine vedtægter har en stor sikring af mindretallet i bestyrelsen i og med, at hver forening har 3 pladser.

Mens Lægeforeningens vedtægter yder en høj grad af mindretalsbeskyttelse til den eller de mindste forhandlingsberettigede foreninger i bestyrelsen, indeholder vedtægterne ingen beskyttelse af mindretal inden for de enkelte forhandlingsberettigede foreninger. Et eksempel på en sådan mindretalsbeskyttelse findes i Foreningen af Speciallægers vedtægter pkt. 7.1.2., hvorefter mindst en repræsentant for Foreningen af Speciallæger i Lægeforeningens bestyrelse skal komme fra den næststørste, forhandlingsberettigede forening.

Demokratiudvalget har konkret drøftet, om man via en bestemmelse i Lægeforeningens vedtægter bør sikre, at Foreningen af Praktiserende Speciallæger har fast repræsentation i Lægeforeningens bestyrelse. I dag er foreningen alene repræsenteret i Lægeforeningens bestyrelse i kraft af at være



den næststørste forening i Foreningen af Speciallæger, jf. Foreningen af Speciallægers vedtægter herom.

Demokratiudvalget bakker op om Foreningen af Praktiserende Speciallægers tilstedeværelse i Lægeforeningens bestyrelse, men har fundet, at udpegningsen til Lægeforeningens bestyrelse – som i dag – skal være op til de forhandlingsberettigede foreninger selv. Udvalget fandt supplerende i den sammenhæng, at den mest hensigtsmæssige måde at sikre Foreningen af Praktiserende Speciallægers en fast plads i Lægeforeningens bestyrelse er ved at ændre Foreningen af Speciallægers egne vedtægter, således at der altid indstilles en repræsentant fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger.

4.2. Kollegialitet

Demokratiudvalget har fået til opgave at se på behovet for at indføre mere forpligtende bestemmelser i vedtægterne om kollegialitet.

Den nuværende regulering af kollegialitet i Lægeforeningen

Lægeforeningen har en række kollegialitetsforpligtelser i vedtægterne, forretningsordenen og et kodeks for godt samarbejde i Lægeforeningens bestyrelse.

I Lægeforeningens vedtægter er der fastsat overordnede forpligtelser i relation til kollegialitet:

- Pkt. 2.1.: Lægeforeningen medvirker til at skabe sammenhængskraft, koordinering og fremmer fælles interesser mellem de forhandlingsberettigede foreninger.
- Pkt. 4.1.: De forhandlingsberettigede foreningers formål er at varetage deres medlemmers samlede økonomiske og faglige interesser, herunder [...] Det skal ske i respekt for Lægeforeningens formål og de øvrige forhandlingsberettigede foreningers interesser.
- Pkt. 4.2. Vedtægter for de forhandlingsberettigede foreninger og for lægeforeningerne i Grønland og på Færøerne må ikke stride mod denne vedtægt.

Forretningsordenen for Lægeforeningens bestyrelse fastsætter ligeledes en række forpligtelser relateret til samarbejdet i bestyrelsen. Det gælder blandt andet følgende:

- Pkt. 3.1.: Bestyrelsen har under iagttagelse af repræsentantskabets beslutninger ansvar for den overordnede og strategiske ledelse af foreningen. Bestyrelsen skal påse, at foreningen drives og udvikles inden for Lægeforeningens formål, jf. vedtægternes pkt. 2. Arbejdet skal foregå inden for rammerne af god bestyrelsesetik, gældende lovgivning og godt og tillidsfuldt samarbejde.
- Pkt. 3.2.: Bestyrelsen udfærdiger et kodeks for godt samarbejde i bestyrelsen, der omhandler spilleregler for god bestyrelsesadfærd og forventninger til deltagernes rolle.
- Pkt. 4.2.: Formanden har ansvaret for, at bestyrelsen fungerer tilfredsstillende, og at bestyrelsens opgaver varetages bedst muligt. Bestyrelsesformanden skal søge at udnytte de kompetencer, bestyrelsen og Lægeforeningens medlemmer besidder, i arbejdet.
- Pkt. 6.2.: Bestyrelsen tilstræber at træffe beslutninger i enighed uden afstemninger.

Som supplement til Lægeforeningens vedtægter og forretningsorden har Lægeforeningens bestyrelse i 2021 udfærdiget *Kodeks for godt samarbejde i Lægeforeningens bestyrelse*, der beskriver bestyrelsens fælles holdninger til det gode bestyrelsesarbejde i Lægeforeningen og de gensidige forventninger til bestyrelsens interne samarbejde.



Et af kodeksets primære formål er fastlægge, hvordan bestyrelsen bedst muligt kan forvalte den præmis, at flere bestyrelsesmedlemmer har et dobbeltmandat som henholdsvis bestyrelsesmedlem i Lægeforeningen og bestyrelsesmedlem i en forhandlingsberettiget forening. Kodekset har således til formål at sætte rammen for og guide bestyrelsens medlemmer til at fastholde den fælles opgave i Lægeforeningens bestyrelse, der går ud på at fremme lægestanden fælles stands- og sundhedspolitiske interesser til gavn for medlemmerne. Således fremgår følgende af kodekset:

- "Som medlem af Lægeforeningens bestyrelse agerer vi professionelt og bruger vores indsigt fra den forening vi er valgt fra, til at fremme lægestandens fælles interesser og til gavn for alle medlemmer.", og
- "Som bestyrelsesmedlem i Lægeforeningen har vi fokus på alle lægers interesser. I behandlingen af sager og problematikker forvalter vi vores mandat i fællesskabets interesse. Beslutninger udspringer fra bestyrelsens midte og ikke som forhandlinger mellem tre delegationer."

Kodekset beskriver desuden forventninger til de enkelte medlemmer af bestyrelsen, og der er knyttet konkrete forventninger til de forskellige roller, de enkelte medlemmer måtte have. Der er således oplyst en række forventninger rettet mod både almene medlemmer af bestyrelsen, formænd for de forhandlingsberettigede foreninger, Lægeforeningens formand, de forhandlingsberettigede foreningers direktører og Lægeforeningens direktør.

Kollegialitetsforpligtelse i Foreningen af Speciallægers vedtægter

Foreningen af Speciallæger er – ligesom Lægeforeningen – paraply for flere forhandlingsberettigede foreninger (underforeninger). Af hensyn til det interne samarbejde mellem disse underforeninger har Foreningen af Speciallæger indført bestemmelser, der forpligter de respektive underforeninger til at orientere hinanden om forhold, som må antages at få væsentlig betydning for medlemmerne i de andre underforeninger:

- Pkt. 4.3.: Hvis en forhandlingsberettiget forenings henvendelse til offentlige myndigheder eller indbringelse af sager for domstolene kan antages at få væsentlig betydning for andre af FAS' medlemmer end den pågældende forhandlingsberettigede forenings egne medlemmer, skal den forhandlingsberettigede forening orientere FAS om henvendelsen – om muligt på forhånd.
- Pkt. 4.4.: Hvis en forhandlingsberettiget forenings skriftlige henvendelse til en eller flere andre forhandlingsberettigede foreninger vedrørende noget af pkt. 3.1.1 omfattet emne kan antages at få væsentlig betydning for andre af FAS' medlemmer end den pågældende forhandlingsberettigede forenings egne medlemmer, skal den forhandlingsberettigede forening orientere FAS om henvendelsen – om muligt på forhånd. Dette gælder ligeledes for skriftlige henvendelser til udenlandske lægeforeninger.

Demokratiudvalgets overvejelser

Lægeforeningens bestyrelse leder foreningen mellem Lægemøderne og er i høj grad det politiske og strategiske omdrejningspunkt for foreningens arbejde. Demokratiudvalget finder, at de værdier og spilleregler, som bestyrelsen er enig om at arbejde efter, er afgørende for bestyrelsens evne til at drive organisationen fremad og sikre en stabil organisation. Demokratiudvalget har på den baggrund drøftet, om der er behov for at indføre mere forpligtende bestemmelser om kollegialitet i Lægeforeningens vedtægter.



Demokratiudvalget har ved gennemgang af de eksisterende bestemmelser om kollegialitet fundet, at der i Lægeforeningen allerede eksisterer et udførligt og nuanceret regelsæt for samarbejdet i bestyrelsen. Dog er der – i selve vedtægterne – kun få bestemmelser om kollegialitet, ligesom det ikke her er beskrevet, hvordan de forhandlingsberettigede foreninger lever op til den grundlæggende forpligtelse om, at interessevaretagelsen skal foregå i respekt for Lægeforeningens formål og de øvrige forhandlingsberettigede foreninger.

Demokratiudvalget har derfor drøftet, om Lægeforeningen – med inspiration fra Foreningen af Speciallægers vedtægter – skal indføre en gensidig orienteringsforpligtelse, der forpligter de forhandlingsberettigede foreninger til at orientere Lægeforeningen og de øvrige forhandlingsberettigede foreninger, hvis der er sager, som må antages at få væsentlig betydning for Lægeforeningen eller andre forhandlingsberettigede foreninger. Demokratiudvalget har ikke fundet grundlag for dette og lagt vægt på, at en orienteringsforpligtelse mellem foreningerne kan være svær at administrere i praksis - ikke mindst i lyset af, at der kan være forskel på, hvad foreningerne anser for at være væsentlige sager.

Demokratiudvalget har videre drøftet, om én eller flere af de nuværende bestemmelser om kollegialitet, der i dag er forankret i bestyrelsens forretningsorden eller kodeks for godt samarbejdet, i stedet bør fremgå af Lægeforeningens vedtægter for at understrege deres væsentlighed og betydning. Demokratiudvalget har ikke fundet grundlag for dette.

Demokratiudvalget finder således, at Lægeforeningens nuværende regler om kollegialitet er dækkende. Demokratiudvalget finder dog, at der kan være et behov for i højere grad at kende til og huske vigtigheden af at handle i henhold til de forpligtelser, der allerede eksisterer.

4.3. Foreningen af Pensionerede Læger

Demokratiudvalget har fået til opgave at se på, hvordan pensionerede læger fremover bør være afgrænset og repræsenteret. Udvalget har desuden fået til opgave at behandle et ønske fra Foreningen af Pensionerede Lægers om at ændre navn til "Seniorlægerne".

Pensionerede lægers organisering i Lægeforeningen

Pensionerede læger er i dag organiseret i Foreningen af Pensionerede Læger, der i 2022 blev indskrevet i Lægeforeningens vedtægter som navngiven forening.

Foreningen består i dag af to grupper af medlemmer: Pensionister og andre ikke-erhvervsaktive medlemmer. Ifølge Lægeforeningens vedtægter pkt. 6.6. og 6.7. henføres pensionister og andre ikke-erhvervsaktive medlemmer til Foreningen af Pensionerede Læger, når de opfylder kriteriet for medlemskab, medmindre medlemmet konkret tilkendegiver, at det ikke ønsker medlemskab af Foreningen af Pensionerede Læger. I så tilfælde afgøres sagen af Lægeforeningen, hvilket i praksis betyder, at medlemmet overgår til udelukkende af være medlem af Lægeforeningen.

Muligheden for at fravælge medlemskab af Foreningen af Pensionerede Læger, indebærer konkret, at der i gruppen af ikke-erhvervsaktive medlemmer er en række eksempler på, at medlemmer har fravalgt medlemskab af Foreningen af Pensionerede Læger for udelukkende at være medlemmer af Lægeforeningen.

Udvikling og demokratisk indflydelse



Foreningen af Pensionerede Læger havde pr. 1. januar 2025 6.971 medlemmer. Det svarer til 19 % af det samlede antal medlemmer af Lægeforeningen pr. 1 januar 2025. Til sammenligning havde Foreningen af Pensionerede Læger i 2017 4.775 medlemmer, jf. tabel 2, svarende til 16 pct. af Lægeforeningens medlemmer.

Tabel 2. Udvikling i antal medlemmer af FPL 2017-2025

Årstal	Antal medlemmer af FPL
2017	4.775
2018	5.128
2019	5.444
2020	5.726
2021	6.017
2022	6.269
2023	6.528
2024	6.756
2025	6.971

Kilde: Tidligere udgaver af Lægeforeningen i tal, baseret på Lægeforeningens medlemssystem primo januar hvert år.

Stigningen i antallet af medlemmer af Foreningen af Pensionerede Læger førte til, at man ved Lægemøde i 2022 vedtog, at Foreningen af Pensionerede Lægers repræsentation i Lægeforeningens repræsentantskab ikke skulle stige i takt med, at foreningen blev større. Det betød, at Foreningen af Pensionerede Læger fremadrettet fik et fast antal repræsentanter i Lægeforeningens repræsentantskab (11 repræsentanter) uanset størrelsen på foreningen, jf. vedtægternes pkt. 11.2. Antallet af repræsentanter blev fastsat på baggrund af, at antallet svarede til det antal repræsentanter, som pensionister og andre ikke erhvervsaktive havde på Lægemødet i 2021.

Foreningen af Pensionerede Læger har ikke en plads i Lægeforeningens bestyrelse, men er repræsenteret gennem formanden for Lægeforeningen. Formanden har således ved afstemninger i Lægeforeningens bestyrelse et antal stemmer, som svarer til halvdelen af antallet af pensionister og ikke-erhvervsaktive, jf. Lægeforeningens vedtægter pkt. 18.3.

Gruppen af ikke-erhvervsaktive, der ikke er medlemmer af Foreningen af Pensionerede Læger, kan ikke vælges til repræsentantskabet, idet valg afholdes blandt medlemmerne af Foreningen af Pensionerede Læger. Gruppen er dog – som nævnt ovenfor – repræsenteret af Lægeforeningens formand i Lægeforeningens bestyrelse.

Foreningen af Pensionerede Lægers formål

Foreningen af Pensionerede Lægers formål er ifølge foreningens vedtægter pkt. 1 at fremme de standsmæssige og lægelige interesser for medlemmerne af foreningen. Foreningens vedtægter skal godkendes af Lægeforeningens bestyrelse.

Foreningen har udarbejdet en vision, som er: "Læge hele livet", og målet er at fremme de standsmæssige og lægelige interesser for pensionerede og ikke-erhvervsaktive læger. Faglighed og fællesskab er de bærende værdier for foreningens aktiviteter. Dette opnås ved:

- At bidrage til og deltage i Lægeforeningens aktiviteter,



- At understøtte pensionerede og ikke-erhvervsaktive læger i fortsat at virke og føle sig som læger,
- At fremme kollegialitet og faglig viden hos pensionerede og ikke-erhvervsaktive læger.

Kriterier for medlemskab af Foreningen af Pensionerede Læger

Det er i dag en forudsætning for at være medlem af Foreningen af Pensionerede Læger – som pensionist eller ikke-erhvervsaktiv, at medlemmet har en indtægt under dagpengegrænsen (ekskl. folke- og invalidepension samt øvrige pensioner og efterløn). Det betyder, at et medlem ikke må tjene mere end, hvad der svarer til dagpengesatsen (kr. 253.104 kr. årligt for 2025). Gør medlemmet det, anses medlemmet for at være erhvervsaktivt og overgår i stedet til medlemskab af en forhandlingsberettiget forening.

Overholdelse af indtægtsgrænsen beror på medlemmets selvdeklaration, og Lægeforeningen har ikke adgang til oplysninger om det enkelte medlems eventuelle indtægt.

På baggrund af data fra Danmarks Statistik har Lægeforeningens sekretariat skønnet, at 37 pct. af de pensionerede læger, der i hele 2023 var medlem af Foreningen af Pensionerede Læger, havde en tilknytning til arbejdsmarkedet i 2023. Størstedelen havde en mindre indtjening, idet knap 30 pct. havde en erhvervsindkomst på under 250.000 kr., mens 8 pct. havde en erhvervsindkomst over 250.000 kr., jf. tabel 3.

Tabel 3. Erhvervsindkomst blandt medlemmer af Foreningen af Pensionerede Læger, 2023

	Antal	Pct.
Ingen erhvervsindkomst	3.859	61,8
Under 250.000 kr.	1.821	29,2
250.000 - 499.999 kr.	299	4,8
500.000 - 749.999 kr.	95	1,5
750.000 - 999.999 kr.	45	0,7
1.000.000 kr. eller derover	57	0,9
Ikke fuldt skattepligtig i Danmark	66	1,1
I alt	6.242	100,0

Anm.: Omfatter personer, som var medlem af Foreningen af Pensionerede Læger i hele 2023. Kategorien 'under 250.000 kr.' omfatter også personer med negativ erhvervsindkomst. Det kan bl.a. skyldes tab i egen virksomhed. Erhvervsindkomst dækker løn og nettooverskud af selvstændig virksomhed inkl. visse honorarer.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af data fra Lægeforeningen og særkørsel fra Danmarks Statistik.

Demokratiudvalgets overvejelser

En forening for læger, der reelt er pensionerede

Demokratiudvalget finder, at Foreningen af Pensionerede Læger bør være en forening for de læger, der reelt er pensionerede.

Demokratiudvalget har i den forbindelse drøftet hensigtsmæssigheden af den nuværende indtægtsgrænse, som er definerende for, om et medlem kan være medlem af Foreningen af Pensionerede Læger – eller alternativt bevarer eller overgår til medlemskab af en forhandlingsberettiget forening.



Demokratiudvalget har således drøftet muligheden for at ophæve indtægtsgrænsen med den konsekvens, at foreningens medlemmer ikke må have indtægt fra lægearbejde. Man har i den forbindelse også drøftet hensynet til at have en ordning, der indeholder tilstrækkelig fleksibilitet til, at medlemmerne ikke løbende vil skulle skifte forening, når de i en kortere periode har lægearbejde.

På baggrund af input fra Foreningen af Pensionerede Læger er der i Demokratiudvalget enighed om, at den faktiske tilknytning til arbejdsmarkedet – snarere end indtægten – bør være udslagsgivende for, om medlemmet skal være organiseret i Foreningen af Pensionerede Læger eller en forhandlingsberettiget forening. Der er på baggrund af drøftelserne i udvalget enighed om, at medlemskab af Foreningen af Pensionerede Læger *fremadrettet* bør knyttes til et antal arbejdsdage indenfor ét kalenderår, hvor medlemmet er beskæftiget med lægeligt arbejde. Der har været en drøftelse af, hvor grænsen bør lægges, så der tages højde for, at et pensioneret medlem kan påtage sig arbejde i mindre omfang efter pensionsalderen uden derved at skulle overgå til en forhandlingsberettiget forening.

Interessevaretagelse via de forhandlingsberettigede foreninger

Demokratiudvalget har drøftet muligheden for at vende tilbage til den model, der tidligere var gældende, hvor det var de forhandlingsberettigede foreninger, der varetog de pensionerede medlemmers interesser. Man har også drøftet, om medlemskab af Foreningen af Pensionerede Læger skulle tænkes sammen med ophør af retten til selvstændigt virke. Demokratiudvalget har ikke fundet grundlag for at gå videre med disse forslag.

Rolle ift. Lægeforeningens bestyrelse

I anden retning har Demokratiudvalget drøftet muligheden for, at Foreningen af Pensionerede Læger tildeles en observatørpost i Lægeforeningens bestyrelse samt tildeles pladser i Lægeforeningens repræsentantskab svarende til deres faktiske størrelse (det vil sige en ophævelse af den nuværende begrænsning på 11 pladser). Demokratiudvalget har ikke fundet grundlag for dette.

Foreningens formål og rolle i Lægeforeningen

Demokratiudvalget har videre drøftet, om Foreningen af Pensionerede Lægers formål og rolle – som beskrevet i foreningens vedtægter – bør præciseres.

Demokratiudvalget finder i den forbindelse, at formålet med fordel kan præciseres, så det i højere grad afspejler foreningens i praksis vigtigste formål, som er at skabe netværk mellem foreningens medlemmer ved faglige arrangementer, der også kan indeholde et socialt element.

Demokratiudvalget finder endvidere, at formålet – ”varetagelse af standsmæssige interesser” – er for bredt defineret, og ikke i tilstrækkeligt omfang afspejler, at det er Lægeforeningens ansvar at påvirke sundhedspolitiske emner på vegne af hele lægestanden. Demokratiudvalget har lagt vægt på, at det er den samme grænsedragning, der gælder mellem Lægeforeningen og de forhandlingsberettigede foreninger.

Forening kun for pensionerede

Endelig har Demokratiudvalget drøftet, om gruppen af andre ikke-erhvervsaktive, der ikke er pensionister – f.eks. langtidssygemeldte og medlemmer, der har valgt at stå uden for arbejdsmarkedet – bør høre hjemme i en forening for pensionerede læger som det er tilfældet i dag. Demokratiudvalget har drøftet en model, hvor gruppen udskilles af Foreningen af Pensionerede Læger, så de udelukkende har medlemskab hos Lægeforeningen.



Demokratiudvalget finder, at gruppen af ikke-erhvervsaktive, der ikke er pensionister, fortsat bør have ret til uændret bistand fra de forhandlingsberettigede foreninger, når det er relevant, selvom de udskilles fra Foreningen af Pensionerede Læger. Udvalget mener desuden, at gruppen fortsat bør være repræsenteret af Lægeforeningens formand i Lægeforeningens bestyrelse.

Da en afledt konsekvens ved af at lade gruppen af ikke-erhvervsaktive udskille af Foreningen af Pensionerede Læger, umiddelbart vil være, at den ikke længere vil kunne vælges til Repræsentantskabet, har Demokratiudvalget drøftet, om dette forhold, som skyldes, at valget til de 11 pladser i Lægeforeningens repræsentantskab tildeles Foreningen af Pensionerede Læger forlods, taler for en anden ordning. Henset til at gruppen af ikke-erhvervsaktive herved – i demokratisk henseende – sidestilles med andre medlemmer, der udelukkende har medlemskab af Lægeforeningen – og vil få varetaget deres interesser via Lægeforeningens formand i Lægeforeningens bestyrelse, har udvalget ikke fundet grundlag for dette.

På den baggrund – og også som en konsekvens af ønsket om, at Foreningen af Pensionerede Læger skal være en forening for læger, der er pensionerede, finder Demokratiudvalget samlet set, at gruppen af andre ikke-erhvervsaktive medlemmer, *fremadrettet* bør organiseres i til et medlemskab af Lægeforeningen.

Ønske om navneændring

Herudover har Demokratiudvalget drøftet ønsket fra Foreningen af Pensionerede Læger om at ændre navn til "Seniorlæger". Demokratiudvalget har i den forbindelse blandt andet afvejset hensynet til at imødekomme ønsket over for risikoen for, at der begrebsmæssigt kan opstå forvirring om, hvorvidt Foreningen af Pensionerede Lægers medlemmer, fortsat er en del af det ordinære arbejdsmarked. Dette bl.a. henset til, at "Seniorlæger" knytter an til et begreb, der anvendes i Yngre Læger og Foreningen af Speciallægers overenskomster. Udvalget finder på den baggrund ikke, at det konkrete ønske kan imødekommes. Demokratiudvalget har også lagt vægt på, at navnet Foreningen af Pensionerede Læger efter udvalgets opfattelse på relevant vis afspejler den gruppe, der organiseres i foreningen.

Demokratiudvalgets anbefaling

Demokratiudvalget har på baggrund af drøftelserne fundet grundlag for at komme med følgende anbefalinger:

Demokratiudvalget anbefaler, at indtægtsgrænsen for ikke-erhvervsaktive og pensionerede medlemmer ophæves. Fremover bliver antallet af arbejdsdage på et kalenderår udslagsgivende for, hvor et medlem skal organiseres. Et medlem, der har mere end 30 dages lægeligt arbejde inden for et kalenderår, skal dermed organiseres i en forhandlingsberettiget forening. Det gælder uanset, om der er tale om 30 fortløbende dage eller 30 arbejdsdage fordelt ud over samme kalenderår.

Demokratiudvalget anbefaler endvidere, at Foreningen af Pensionerede Lægers formål præciseres i foreningens vedtægter. Demokratiudvalget anbefaler, at formålsbestemmelsen i Foreningen af Pensionerede Lægers vedtægter affattes som følger: *"Foreningens formål er at fremme lægeligt fællesskab og netværk for medlemmerne af foreningen ved faglige arrangementer, der også kan have et socialt islæt."* Demokratiudvalget er opmærksomt på, at ændring af Foreningen af Pensionerede Lægers formålsbestemmelse kræver ændring i Foreningen af Pensionerede Lægers vedtægter, og at sådanne ændringer, inden de kan vedtages af Lægeforeningens bestyrelse, forinden skal forelægges Foreningen af Pensionerede Lægers bestyrelse med henblik på bemærkninger.



Endelig anbefaler Demokratiudvalget, at ikke-erhvervsaktive, der ikke er pensionister, udskilles af Foreningen af Pensionerede Læger, så Foreningen af Pensionerede Læger udelukkende vil være en forening for pensionister, og ikke-erhvervsaktive udelukkende har medlemskab hos Lægeforeningen. En udskillelse af ikke-erhvervsaktive, der ikke er pensionister, afføder behov for ændringer i Lægeforeningens vedtægter, som kræver godkendelse af Repræsentantskabet på Lægemøde 2026.

4.4. Studerende

Demokratiudvalget har fået til opgave at se på, om Lægeforeningen fremover bør invitere studerende ind i medlemskredsen.

Den nuværende organisering af studerende

De medicinstuderende er organiseret i Foreningen af Danske Lægestuderende (FADL), der er en studenterforening med egen overenskomst, sekretariat og hovedbestyrelse. FADL har en række medlemstilbud, der blandt andet omfatter rabat på bøger fra FADL's Forlag, kurser målrettet medicinstuderende, juridisk hjælp samt forsikringsordninger skræddersyet til studerende.

Medicinstuderende har ikke i dag mulighed for at blive optaget som medlemmer i Lægeforeningen eller Yngre Læger. Det følger af pkt. 6.11. i Lægeforeningens vedtægter, at man først kan optages som medlem, når man har opnået autorisation som læge. Lægeforeningen er således – i modsætning til mange andre foreninger, herunder f.eks. Djøf og Den Norske Lægeforening – ikke en studenterforening.

Demokratiudvalgets overvejelser

Indmeldelsesprocenten for nyuddannede læger er faldet fra omkring 95 pct. i 2019-2020 til omkring 90 pct. i 2022-2023, og der ses en tendens til, at nyuddannede læger er længere tid om at melde sig ind, og at der skal arbejdes mere for at sikre medlemsgrundlaget.

Som supplement til den rekrutteringsindsats, der allerede foregår, har Demokratiudvalget derfor drøftet, hvorvidt der ud fra et rekrutteringsperspektiv skulle indledes dialog med FADL om perspektiverne i at tilbyde de studerende en plads i Lægeforeningen.

Demokratiudvalget har drøftet to mulige modeller: For det første en indlemning af studerende i Lægeforeningen ved, at FADL tilbydes at blive en 4. søjle (dvs. egen forening) i Lægeforeningen. For det andet en model, hvor medicinstuderende tilbydes et individuelt medlemskab i Lægeforeningen – eventuelt på sidste semester af studiet. Demokratiudvalget har drøftet, hvilken betydning de to modeller kan tænkes at få for Lægeforeningens interne organisering og demokrati.

Der var i Demokratiudvalget enighed om, at der ikke er behov for at ændre Lægeforeningens organisering ved at tilbyde medlemskab til studerende. Udvalget har peget på, at der er andre veje til at fremme rekrutteringen af de yngste læger, herunder brobygningsarbejde og styrket samarbejde med FADL. Demokratiudvalget har desuden lagt vægt på, at FADL allerede er en veletableret forening og en vigtig samarbejdspartner for Lægeforeningen og de forhandlingsberettigede foreninger. Endelig har Demokratiudvalget lagt vægt på, at spørgsmålet også blev berørt af det tidligere demokratiudvalg fra 2020, og at der ikke er tilkommet nye forhold til drøftelserne, der ændrer ved holdningen til spørgsmålet.

På den baggrund har Demokratiudvalget ikke fundet grundlag for at indlede dialog med FADL med henblik på at invitere studerende ind i medlemskredsen.



4.5. Lægeforeningens regionale repræsentation

Demokratiudvalget har fået til opgave at se på den decentrale struktur, herunder behovet for tilpasning af den regionale struktur, bl.a. i lyset af strukturreformen (sundhedsreformen).

I november 2024 indgik en række af Folketingets partier aftale om Sundhedsreform 2024, som indebærer væsentlige ændringer af organiseringen af sundhedsvæsenet. Antallet af regioner reduceres til 4 ved at sammenlægge Region Sjælland og Region Hovedstaden til en ny Region Øst. Derudover etableres der 17 sundhedsråd, som blandt andet skal udvikle nære sundhedstilbud og nærsundhedsplaner, der skal angive hvilke opgaver, der skal varetages på sygehusene, og hvilke opgaver der skal varetages i det nære sundhedsvæsen.

De organisatoriske ændringer i sundhedsvæsnets politiske struktur er anledning til at overveje, om Lægeforeningen bør tilpasse sin decentrale politiske struktur og samtidig tilpasse den regionale repræsentations formål, opgaver, betegnelse og sammensætning, som i dag er beskrevet i [Standardvedtægt for Lægeforeningens regionale repræsentationer](#).

4.5.1. Den regionale organisering

Den nuværende struktur

Lægeforeningen har i dag 5 regionale repræsentationer, der blandt andet har til opgave at sikre, at Lægeforeningens politikker udmøntes i relevant decentral interessevaretagelse. Et helt centralt element i den interessevaretagelse er, at bestyrelserne i de regionale lægeforeninger har løbende kommunikation med regionsrådene. Det sker gennem faste dialogmøder med regionsrådene, møder med udvalgsformænd, med regionernes koncernledelser, med udvalgsformænd samt øvrige almindelige interessevaretagelseselementer.

For di dialog med de folkevalgte regionsråd er afgørende for Lægeforeningens decentrale interessevaretagelse, er Lægeforeningens decentrale organisering i dag en spejling af sundhedsvæsnets regionale struktur; Lægeforeningen har én regional lægeforening for hver region i sundhedsvæsenet.

De nuværende fem regionale repræsentationer blev etableret i forbindelse med kommunalreformen 2005-7, hvor de 14 amter blev til 5 regioner, og hvor de daværende 15 lægekredsforeninger blev til 5 lægekredsforeninger, der fulgte regionernes geografiske grænser.

Demokratiudvalgets overvejelser

Folketinget har besluttet, at antallet af regioner reduceres fra 5 til 4 ved at lægge Region Sjælland og Region Hovedstaden sammen til én samlet Region Østdanmark. Formålet med ændringen er primært at styrke sundhedsvæsenet i den nuværende Region Sjælland, som i dag har svært ved at tiltrække kvalificeret arbejdskraft, herunder læger. Med sammenlægningen af Region Sjælland og Region Hovedstaden sker en reduktion af regionsråd fra to til ét. Ændringen sker trinvis i perioden 2025-27. I 2026 vil der således i Østdanmark være 3 regionsråd, hvoraf de to eksisterende regionsråd for henholdsvis Region Sjælland og Region Hovedstaden vil tage sig af driften af sundhedsvæsenet, mens det nyvalgte regionsråd Øst vil fungere som forberedelsesudvalg og planlægge overgangen til den nye samlede region.



I Østdanmark vil Lægeforeningen i 2026 derfor have interesse i at påvirke både de to gamle regionsråd, der varetager driften og især det nye regionsråd (forberedelsesudvalg), som skal forberede etableringen af Region Østdanmark. I de øvrige regioner, vil de nyvalgte regionsråd allerede fra primo 2026 have ansvar for både drift og forberedelse af de dele af reformen, som træder i kraft 2027, og de regionsråd vil Lægeforeningen naturligvis også skulle interessevaretage op imod.

Det er Demokratiudvalgets opfattelse, at de kommende ændringer i sundhedsvæsenets organisering nødvendiggør en tilpasning af Lægeforeningernes nuværende regionale struktur. Demokratiudvalget har lagt vægt på, at en fortsættelse af to separate regionale lægeforeninger i Øst vil skabe uklarhed om, hvem der på vegne af Lægeforeningen kommunikerer med det kommende Regionsråd Øst, der pr. 1. januar 2026 vil fungere som forberedelsesudvalg.

Demokratiudvalget har på den baggrund drøftet tre modeller for Lægeforeningens fremtidige decentralte struktur:

For det første har Demokratiudvalget drøftet en model, hvor Lægeforeningen Sjælland og Lægeforeningen Hovedstaden sammenlægges til en ny Lægeforeningen Øst. De nuværende bestyrelser i Lægeforeningen Sjælland og Lægeforeningen Hovedstaden nedlægges, og der konstitueres en ny bestyrelse i Lægeforeningen Øst. Derefter vil der være 4 regionale Lægeforeninger: Øst, Syd, Midt og Nord. Modellen har den fordel, at Lægeforeningen får samme regionale struktur som sundhedsvæsenet, og dermed én politisk bestyrelse med entydigt ansvar for dialog med regionsrådet i hver region.

For det andet har Demokratiudvalget drøftet en model, hvor antallet af regionale Lægeforeninger reduceres til to: Lægeforeningen Vest og Lægeforeningen Øst. De fem nuværende regionale bestyrelser nedlægges, og der vælges to nye bestyrelser. En sådan model vil have den fordel, at de to regionale lægeforeninger bliver sammenlignelige i antal medlemmer og befolkningsgrundlag. Men bestyrelsen i Lægeforeningen Vest ville få ansvar for dialog med tre forskellige regionsråd og 11 sundhedsråd, ligesom Lægeforeningen Øst ville få dialog med 6 forskellige sundhedsråd; for begge en kompleks opgave med behov for et højt aktivitetsniveau i bestyrelsen.

Endelig har Demokratiudvalget drøftet en tredje model, hvor de regionale lægeforeningers størrelser og opgaveportefølje gentænkes, så de i højere grad orienterer sig imod de kommende sundhedsråd. Dette kunne gøres ved at etablere en lokal lægeforening for hvert af de ny sundhedsråd, i alt 17 lokale afdelinger af Lægeforeningen. Med en sådan model vil de lokale lægeforeninger være tæt på de medlemmer, de betjener, og kunne være i tæt dialog med det lokale sundhedsråd, men det kan blive uklart, hvem der skal varetage Lægeforeningens dialog med regionsrådet.

Demokratiudvalget vurderer, at regionsrådene også i fremtiden bliver de væsentligste ledelses- og beslutningsfora i sundhedsvæsenet og dermed også de væsentligste fora for Lægeforeningens decentralte interessevaretagelse. I det lys mener Demokratiudvalget, at Lægeforeningen bør have ét centralt forum i hver region, der har ansvaret for Lægeforeningens dialog med regionsrådet, den administrative ledelse i regionen mv. Udvalget finder derfor, at Lægeforeningens regionale organisering bør afspejle regionernes ændrede organisering, som forudsat i sundhedsreformen.

Det er samtidig udvalgets opfattelse, at Lægeforeningens ændrede regionale organisering bør gennemføres, så den vil kunne spejle de fire forberedelsesudvalg, der ifølge reformen etableres i samtlige af landets regioner pr. 1. januar 2026. Demokratiudvalget har i den forbindelse skelet til Lægeforeningens opfølgning på kommunalreformen 2005-7, hvor de nuværende fem regioner blev etableret. På



Lægemøde i 2005 blev det således besluttet at sammenlægge de daværende 15 lægekredsforeninger til de nuværende 5 lægekredsforeninger med ikrafttræden 1. januar 2006 – det vil sige et år før ikrafttræden af de nye regioner. Det skete med den begrundelse, at Lægeforeningen havde behov for at råde over en decentral organisation, der hurtigt kunne give et kvalificeret modspil til de fem regionale forberedelsesudvalg, der i 2006 fungerede som forberedelsesudvalg for etableringen af de fem regioner pr. 1. januar 2007.

Demokratiudvalgets anbefaling

Demokratiudvalget anbefaler at tilpasse Lægeforeningens decentrale repræsentation, så der også i fremtiden bliver én repræsentation i hver af landets regioner. Strukturen for de 3 regionale repræsentationer i Vestdanmark ændres ikke, men repræsentationerne i Hovedstaden og Sjælland ændres til én repræsentation i den kommende Region Østdanmark. Lægeforeningens 4 regionale repræsentationer bliver således:

- Lægeforeningen Nordjylland
- Lægeforeningen Midtjylland
- Lægeforeningen Syddanmark
- Lægeforeningen Østdanmark

Demokratiudvalget er samtidig enig om at gennemføre organisationsændringen pr. 1. januar 2026.

Idet hverken Lægeforeningens vedtægter eller Standardvedtægten for Lægeforeningens regionale repræsentationer definerer antallet af regionale repræsentationer, har Lægeforeningens bestyrelse på sit møde den 30. august 2025 truffet formel beslutning om at tiltræde Demokratiudvalgets anbefaling med henblik på endelig implementering pr. 1. januar 2026.

4.5.2. Sammensætning af ledelsen i de regionale repræsentationer

Den nuværende sammensætning af ledelsen i Lægeforeningens regionale repræsentationer

Sammensætningen af ledelsen i de regionale repræsentationer er reguleret i *Standardvedtægt for Lægeforeningens regionale repræsentationer*. Det fremgår af standardvedtægtens pkt. 3, at bestyrelsen i hver regional repræsentation består af 6 medlemmer og en formand. De forhandlingsberettigede foreninger vælger eller udpeger hver 2 medlemmer til bestyrelsen i henhold til deres egne vedtægter. Bestyrelsen vælger en formand af sin midte, og den forhandlingsberettigede forening, der herefter kun er repræsenteret ved 1 ordinært medlem, vælger yderligere 1 ordinært medlem.

Medmindre andet vedtages af den enkelte forhandlingsberettigede forening, indgår formændene for den forhandlingsberettigede organisations regionale repræsentation i bestyrelsen for Lægeforeningens lokale repræsentation, som den ene repræsentant for den forhandlingsberettigede forening. I Foreningen af Speciallægers vedtægter pkt. 7.3.1. er det imidlertid bestemt, at Foreningen af Speciallæger repræsenteres af Foreningen af Speciallægers regionale repræsentanter for Overlægeforeningen og for Foreningen af Praktiserende Speciallæger.

I forretningsordenerne for de regionale repræsentationer er der desuden åbnet op for, at Foreningen af Pensionerede Læger skal have mulighed for at udpege en observatør til bestyrelserne. Foreningen af Pensionerede Læger er dermed også repræsenteret i de regionale bestyrelser i form af en observatørpost.



Demokratiudvalgets overvejelser

Sammensætning af Lægeforeningen Østdanmark frem til Lægemøde 2026

Demokratiudvalget har drøftet, hvordan ledelsen af "Lægeforeningen Østdanmark" skal sammensættes, indtil en ny Standardvedtægt for Lægeforeningens regionale repræsentationer er vedtaget og implementeret (forventeligt efter Lægemøde 2026).

Demokratiudvalget har drøftet to scenarier: På den ene side har udvalget drøftet en model, hvor der udpeges en helt ny bestyrelse i Østdanmark pr. 1. januar 2026 bestående af 6 medlemmer og 1 formand som i de øvrige regioner. Udvalget har som alternativ til denne model drøftet en midlertidig sammenlægning af de nuværende bestyrelser i Hovedstaden og Sjælland til én bestyrelse i Østdanmark.

Demokratiudvalget har i den sammenhæng også drøftet, hvilken betydning Standardvedtægten skal have for beslutningen om sammensætningen i en overgangsperiode, idet denne blot konstaterer, at de regionale repræsentationer består af 6 medlemmer og 1 formand.

Demokratiudvalget har i relation til den midlertidige sammensætning af Lægeforeningen Østdanmark taget højde for de input og ønsker, der blev fremført af formændene for Lægeforeningen Hovedstaden og Lægeforeningen Sjælland. Demokratiudvalget har således lagt vægt på at finde en pragmatisk løsning, der kan fungere for alle og imødekomme flest mulige behov og ønsker, herunder behovet for at have kapacitet til at kunne dække den opgave, der er forbundet med sammenlægningen. Demokratiudvalget finder det derfor hensigtsmæssigt at sammenlægge de nuværende bestyrelser (Sjælland og Hovedstaden) i en overgangsperiode frem til Lægemøde 2026, hvor en revideret standardvedtægt vil kunne vedtages, og der vil kunne iværksættes nyvalg.

Sammensætning af ledelsen af de regionale repræsentationer fra Lægemøde 2026 og frem

I lyset af sammenlægningerne af Region Sjælland og Hovedstaden og oprettelsen af de 17 sundhedsråd, har Demokratiudvalget drøftet, om antallet af medlemmer i ledelserne i Lægeforeningens regionale repræsentationer bør udvides fremadrettet, og om formandsrollen bør suppleres af en næstformand.

Demokratiudvalget har drøftet flere konkrete modeller for den fremtidige sammensætning af ledelserne i de regionale repræsentationer. Alle modeller har taget udgangspunkt i, at der i alle regioner etableres et formandskab i form af en formand og en næstformand, da dette nød bred opbakning.

Model 1: 3 ekstra medlemmer i alle regionale repræsentationer

For det første har Demokratiudvalget drøftet en ensartet model, hvor antallet af ordinære medlemmer i alle Lægeforeningens regionale bestyrelser øges fra 6 til 9, så der udpeges 3 fra hver forhandlingsberettiget forening. Bestyrelsen vælger en formand og en næstformand af sin midte. Som i dag kan den forhandlingsberettigede forening, som formanden kommer fra, udpege yderligere 1 ordinært medlem. Alle regionale bestyrelser udvides altså med 3 ekstra medlemmer, så bestyrelsen alle steder kommer til at bestå af 10 personer; 9 ordinære medlemmer samt en formand.

Denne model tager udgangspunkt i, at alle bestyrelser forventes at varetage nye opgaver relateret til de kommende regionale sundhedsråd, men modellen differentierer ikke på baggrund af, hvor mange sundhedsråd, der oprettes i regionerne eller forskelle i regionernes befolknings- og medlemsgrundlag.

Model 2: Delvist differentieret model - 3 ekstra medlemmer i nord, midt og syd, 6 ekstra i Øst

Demokratiudvalget har for det andet drøftet en model, hvor antallet af ordinære medlemmer i Lægeforeningens regionale bestyrelser i Vestdanmark (Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark) øges fra 6



til 9, så der udpeges 3 fra hver forhandlingsberettiget forening. Bestyrelsen vælger en formand og en næstformand af sin midte. Som i dag kan den forhandlingsberettigede forening, som formanden kommer fra, udpege yderligere 1 ordinært medlem. De tre regionale bestyrelser i vest udvides altså med 3 ekstra medlemmer, så bestyrelsen alle steder kommer til at bestå af 10 personer; 9 ordinære medlemmer samt en formand.

Efter denne model vil antallet af ordinære medlemmer i Lægeforeningens regionale bestyrelser i Østdanmark øges fra 6 til 12, så der udpeges 4 fra hver forhandlingsberettiget forening. Bestyrelsen vælger en formand og en næstformand af sin midte. Som i dag kan den forhandlingsberettigede forening, som formanden kommer fra, udpege yderligere 1 ordinært medlem. Den regionale bestyrelse i Øst udvides altså med 6 ekstra medlemmer, så bestyrelsen kommer til at bestå af 13 personer; 12 ordinære medlemmer samt en formand.

Denne model tager udgangspunkt i, at alle bestyrelser forventes at varetage nye opgaver relateret til de kommende regionale sundhedsråd. Modellen differentierer ved at tilføje flest nye medlemmer i Østdanmark, hvilket tager højde for, at regionen får flest sundhedsråd og har større befolknings- og medlemsgrundlag end de øvrige regioner.

Model 3: Fuldt differentieret model – ingen ændring i nord, 3 ekstra i midt og syd, 6 ekstra i øst
Demokratiudvalget har endvidere drøftet en model, hvor sammensætningen af ledelserne i de regionale repræsentationer tager højde for antal sundhedsråd samt befolknings- og medlemsgrundlag.

Efter denne model ændres bestyrelsessammensætningen i Nordjylland ikke. Der vil fortsat være 7 medlemmer; 6 ordinære medlemmer samt en formand.

Antallet af ordinære medlemmer i Lægeforeningens regionale bestyrelser i Midtjylland og Syddanmark øges fra 6 til 9, så der udpeges 3 fra hver forhandlingsberettiget forening. Bestyrelsen vælger en formand og en næstformand af sin midte. Som i dag kan den forhandlingsberettigede forening, som formanden kommer fra, udpege yderligere 1 ordinært medlem. De to regionale bestyrelser udvides altså med 3 ekstra medlemmer, så bestyrelsen begge steder kommer til at bestå af 10 personer; 9 ordinære medlemmer samt en formand.

Antallet af ordinære medlemmer i Lægeforeningens regionale bestyrelse i Østdanmark øges i denne model fra 6 til 12, så der udpeges 4 fra hver forhandlingsberettiget forening. Bestyrelsen vælger en formand og en næstformand af sin midte. Som i dag kan den forhandlingsberettigede forening, som formanden kommer fra, udpege yderligere 1 ordinært medlem. Denne regionale bestyrelse udvides altså med 6 ekstra medlemmer, så bestyrelsen kommer til at bestå af 13 personer; 12 ordinære medlemmer samt en formand.

Denne model tager udgangspunkt i, at alle bestyrelser forventes at varetage nye opgaver relateret til de kommende regionale sundhedsråd, men at bestyrelsen i Nordjylland vil kunne håndtere dette uden ændringer, da der kun oprettes 2 sundhedsråd i regionen. Antallet af medlemmer i bestyrelserne i Midtjylland og Syddanmark øges med 3, hvilket afspejler, at der oprettes 5 hhv. 4 sundhedsråd i disse regioner. Modellen differentierer yderligere ved at tilføje flest nye medlemmer i Østdanmark, hvilket tager højde for, at regionen får flest sundhedsråd og har større befolknings- og medlemsgrundlag end de øvrige regioner.

Tabel 4. Oversigt over modeller sammenholdt med befolkningsgrundlag, sundhedsråd og medlemmer af regionsrådet



	Nord	Midt	Syd	Øst
Befolkningsgrundlag, mio.	0,6	1,3	1,2	2,8
Antal sundhedsråd	2	5	4	6
Antal medlemmer i regionsrådet	25	31	31	47
Bestyrelsesmedlemmer model 1	10	10	10	10
Bestyrelsesmedlemmer model 2	10	10	10	13
Bestyrelsesmedlemmer model 3	7	10	10	13

Endelig har Demokratiudvalget overvejet en fjerde model, hvor der udpeges 6 medlemmer og 1 formand som i dag, men hvor både formand og næstformand substitueres ind med nye medlemmer fra de forhandlingsberettigede foreninger, de er udpeget fra. Efter denne model vil det samlede antal medlemmer i hver region blive 8.

Demokratiudvalget har i overvejelserne om sammensætningen af bestyrelserne i de regionale repræsentationer taget højde for de ønsker, der blev fremført af formændene for de regionale repræsentationer. Demokratiudvalget har således fundet det hensigtsmæssigt at udvide antallet af repræsentanter i alle regionale repræsentationer. Demokratiudvalget har ved fastlæggelsen af den konkrete model lagt vægt på, at alle bestyrelser forventes at varetage nye opgaver relateret til de kommende regionale sundhedsråd, og at den politiske interessevaretagelse for Lægeforeningen ikke vurderedes at ville være meget større i Østdanmark end i de øvrige regioner. Udvalget har videre lagt vægt på, at den største ekstra arbejdskraft uanset model forventes at ligge i at få udpeget en næstformand, så der kommer et formandskab. Demokratiudvalget anbefaler i den sammenhæng, at næstformandens opgaver skrives ind i Standardvedtægten.

Demokratiudvalgets anbefaling

Sammensætning af Lægeforeningen Østdanmark frem til Lægemøde 2026

Demokratiudvalget anbefaler at sammenlægge de nuværende bestyrelser (Sjælland og Hovedstaden) i en overgangsperiode frem til Lægemøde 2026. Demokratiudvalget anbefaler desuden, at den bestyrelse, der bliver sat sammen i en overgangsperiode i Lægeforeningen Østdanmark, selv skal konstituere sig med en formand, og at bestyrelsens mandat udløber, når der efter Lægemøde 2026 forventeligt er vedtaget en revideret standardvedtægt og har været afholdt valg til en ny bestyrelse.

For at sikre rettidig implementering af en ny decentral struktur blev denne anbefaling om den midlertidige sammensætning af Lægeforeningen Østdanmark forelagt Lægeforeningens bestyrelse den 30. august 2025, hvor den blev formelt godkendt.

Sammensætning af ledelserne i de regionale repræsentationer fra Lægemøde 2026 og frem

Demokratiudvalget anbefaler i forhold til den fremadrettede sammensætning af ledelserne i de regionale repræsentationer en ensartet model, hvor antallet af ordinære medlemmer i alle Lægeforeningens regionale bestyrelser øges med 3 ekstra medlemmer, så bestyrelsen alle steder kommer til at bestå af 10 personer; 9 ordinære medlemmer samt en formand. Det vil foregå sådan, at der udpeges ni personer af de forhandlingsberettigede foreninger, der herefter vælger en formand fra sin midte. Den forhandlingsberettigede forening, formanden vælges fra, supplerer ind med et tiende medlem. Derefter findes en næstformand, der ikke suppleres ind. Bestyrelsen konstituerer sig på en måde, så de kan dække opgaverne i relation til sundhedsrådene, og næstformandens rolle er at supplere formanden.



Anbefalingerne kræver ændring af *Standardvedtægt for de regionale repræsentationer* og dermed vedtagelse på Lægemøde 2026.

4.5.3. Benævnelsen af ledelsen i de regionale repræsentationer

Den nuværende benævnelse

Det fremgår af Standardvedtægten for Lægeforeningens regionale repræsentationer, at betegnelsen for ledelsen i Lægeforeningens regionale repræsentationer er *bestyrelse*.

Demokratiudvalgets overvejelser

Demokratiudvalget har fundet, at det er uhensigtsmæssigt at betegne ledelsen i den regionale repræsentation som *bestyrelse*, fordi betegnelsen signalerer, at der er tale om et forum, som selvstændigt fastsætter politisk retning og træffer selvstændige politiske beslutninger i organisationen.

Demokratiudvalget har drøftet en række alternative benævnelser og i den forbindelse overvejet, både hvad betegnelserne vil signalere indadtil i Lægeforeningen, og hvordan betegnelsen vil opfattes af eksterne – ikke mindst regionsrådets medlemmer, som er Lægeforeningens vigtigste interessent på det regionale niveau.

Demokratiudvalget har for det første drøftet betegnelsen "Forum/Koordinationsforum i Region X". Betegnelsen "forum" er meget neutral og signalerer ikke politisk beslutningskompetence. "Koordinationsforum" understreger en koordinerende funktion og signalerer ikke politisk beslutningskompetence. "Koordinationsforum" har tidligere være en betegnelse, som de regionale lægeforeninger har anvendt om deres ledelse, men det blev ændret til "bestyrelsen" på Lægemødet i 2016, idet der blev efterlyst et mere sigende navn over for offentligheden end Koordinationsforum.

Demokratiudvalget har videre drøftet benævnelsen "Råd/ Regionale råd i Region X". Denne betegnelse signalerer i mindre grad end "bestyrelse", at der er tale om et forum, som har politisk beslutningskompetence.

Demokratiudvalget har videre drøftet benævnelsen "Udvalg/Regionale udvalg i Region X". Udvalgsbetegnelsen signalerer tydeligt, at der er tale om et forum, som er nedsat af en større organisation, og at der ikke er tale om et selvstændigt besluttende forum.

Endelig har udvalget drøftet benævnelsen "Regionalbestyrelse/Lokalbestyrelse i Region X". Dette alternativ fastholder bestyrelsesbetegnelsen, men kombinerer det med en betegnelse, der signalerer regionalt eller lokalt tilhørsforhold. Det understreger, at der ikke er tale om et forum, der fastlægger Lægeforeningens nationale politik. Disse kombinationsbetegnelser kunne dog, ligesom den nuværende betegnelse, signalere, at der er tale om et forum, der har selvstændig politisk beslutningskompetence i den lokale kontekst – som en kommunalbestyrelse f.eks. har det.

Udvalget finder samlet set, at benævnelsen *bestyrelse* bør ændres til *Det Regionale Råd i Region X*, da det er udvalgets opfattelse, at denne benævnelse er den, der mest korrekt afspejler den opgave, der løses regionalt.

Demokratiudvalgets anbefaling

Demokratiudvalget anbefaler, at benævnelsen *bestyrelse* erstattes af *Det Regionale Råd i Region X*.



Anbefalingen kræver ændring af *Standardvedtægt for de regionale repræsentationer* og dermed vedtagelse på Lægemøde 2026.

4.5.4. De regionale repræsentationers formål, mandat og opgaver

Den nuværende regulering af formål, mandat og opgaver

De regionale repræsentationers formål, mandat og opgaver er beskrevet i *Standardvedtægt for Lægeforeningens regionale repræsentationer* punkt 1 og 2:

”Formål

1.1 Den regionale repræsentations formål er at varetage Lægeforeningens lokale interesser inden for stands- og sundhedspolitik og betjene de medlemmer af Lægeforeningen, der har deres hovedbeskæftigelse inden for Region X og de pensionister og andre ikke-erhvervsaktive medlemmer, der har bopæl i regionen, eller hvis seneste bopæl i Danmark var beliggende inden for regionen.

2. Den regionale repræsentations opgaver

2.1 Den regionale repræsentation arbejder indenfor rammerne af den politik, der fastlægges af Lægeforeningens repræsentantskab og Lægeforeningens bestyrelse. Den regionale repræsentations opgave er at arbejde for, at de centrale politikker udmøntes i relevant decentral interessevaretagelse. Som led i den decentrale interessevaretagelse varetager den regionale repræsentation Lægeforeningens kontakter over for regionsrådet, kommunerne inden for regionen og til andre relevante lokale offentlige og private institutioner.

2.2 Den regionale repræsentation følger udviklingen inden for sundheds- og socialsektoren med henblik på sundhedsfremme og sygdomsbekæmpelse.

2.3 Den regionale repræsentation træffer aftaler på det regionale niveau med lokale myndigheder, institutioner og virksomheder om spørgsmål, som ikke hører ind under de forhandlingsberettigede foreningers bestemmelser og forhandlingsområder.

2.4 Den regionale repræsentation kan bidrage til at vedligeholde medlemmernes interesse for lægevidenskabelige emner ved at foranstalte efter- og videreuddannelse og ved at støtte lægevidenskabelig forskning.”

Det fremgår samtidig af standardvedtægten, at den regionale bestyrelse arbejder inden for rammerne af den politik, der fastlægges af Lægeforeningens repræsentantskab eller bestyrelse. Det følger heraf, at den regionale bestyrelse i sin regionale interessevaretagelse er underlagt et hierarki i form af Lægeforeningens bestyrelse og i sidste ende Lægeforeningens repræsentantskab, der er Lægeforeningens højeste myndighed.

Demokratiudvalgets overvejelser

Demokratiudvalget har drøftet, om den regionale bestyrelses opgavevaretagelse er beskrevet relevant og tilstrækkeligt og giver klarhed om hvilket mandat, der arbejdes indenfor, herunder om bestyrelsen kan være politikudviklende og besidder selvstændig beslutningskompetence.



Demokratiudvalget finder, at opgavevaretagelsen med fordel kan præciseres, herunder for at tydeliggøre, at Lægeforeningens regionale repræsentationer agerer på mandat fra Lægeforeningens bestyrelse og - i sidste ende – repræsentantskab og ikke selv fastlægger politik for Lægeforeningen.

Demokratiudvalgets anbefaling

Demokratiudvalget anbefaler at tydeliggøre de regionale repræsentationers formål, mandat og opgaver. Det anbefales, at det i Standardvedtægten fastsættes, at det overordnede formål med den regionale repræsentation er at varetage Lægeforeningens interesser ved:

- At udøve politisk interessevaretagelse inden for rammerne af den politik, der fastlægges af Lægeforeningens bestyrelse og repræsentantskabet, herunder varetage Lægeforeningens kontakt med regionsrådet, sundhedsrådene og kommunerne inden for regionen.
- At følge politiske og standspolitiske forhold i regionen med henblik på at bidrage til Lægeforeningens overordnede politikudvikling og interessevaretagelse.
- At afholde medlemsarrangementer for at bidrage til at vedligeholde medlemmernes fællesskab og interesse for lægevidenskabelige og standspolitiske emner.

Ændring af de regionale repræsentationers opgaver, mandat og formål kræver ændring af *Standardvedtægt for de regionale repræsentationer* og dermed vedtagelse på Lægemøde 2026.

4.6. Vedtægtsbestemmelser om medlemskab

Demokratiudvalget har fået til opgave at se på det indbyrdes forhold mellem bestemmelser i Lægeforeningens vedtægter og de forhandlingsberettigede foreningers vedtægter om bl.a. medlemskab, idet bestemmelser herom på en række punkter ikke stemmer overens.

De forskellige medlemskabstyper

Demokratiudvalget har som led i udvalgsarbejdet kortlagt de forskellige typer af medlemskaber og tilknyttede demokratiske rettigheder, der findes i foreningen, og identificeret områder, hvor samspillet mellem vedtægter og praksis ikke er tilstrækkeligt klart. De områder, Demokratiudvalget har fundet uklare i relation til medlemskab og demokratiske rettigheder, er følgende:

Medlemskab af PLO for tidligere praksisejere

Det er Lægeforeningens vedtægter, der fastlægger fordelingen af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger. Betingelserne for ordinært medlemskab af Praktiserende Lægers Organisation kan udledes af vedtægternes punkt 6, litra b), hvor følgende fremgår:

"Som medlemmer af PLO optages alment praktiserende læger, der har tilkendegivet, at de udøver almen praksis for Den Offentlige Sygesikring eller på anden måde driver almen praksis som hovederhverv."

Lægeforeningens vedtægter åbner i sin nuværende form ikke op for, at en læge, der har solgt sin praksis, kan være ordinært medlem af PLO. Det er imidlertid den gældende praksis, at læger, der har solgt praksis, kan bevare medlemskab af PLO i 3 år. Efter de 3 år skal de søge om en begrundet dispensation i henhold til retningslinjer, der er godkendt af Lægeforeningens bestyrelse, for at bevare medlemskab af PLO. Denne adgang til at bevare medlemskab og opnå dispensation er beskrevet i PLO's vedtægter § 3.

Ekstraordinære medlemmer



De forhandlingsberettigede foreningers vedtægter regulerer forskellige former for ekstraordinære medlemskaber af de forhandlingsberettigede foreninger.

Ifølge § 3 i Yngre Lægers vedtægter kan udlandsbeskæftigede og ikke-erhvervsaktive medlemmer af Lægeforeningen opnå ekstraordinært medlemskab i Yngre Læger.

Foreningen af Speciallægers vedtægter åbner ligeledes i pkt. 4 op for ekstraordinært medlemskab. Foreningen af Praktiserende Speciallæger har som den eneste forening i Foreningen af Speciallæger udnyttet denne mulighed ved at fastsætte i § 4, stk. 5, i deres vedtægter, at ikke-erhvervsaktive kan opnå ekstraordinært medlemskab i Foreningen af Praktiserende Speciallæger.

PLO's vedtægter regulerer tilsvarende muligheden for ekstraordinært medlemskab. I henhold til § 3, stk. 3, i PLO's vedtægter, kan der i en række tilfælde – f.eks. hvis man er speciallæge i almen medicin eller under uddannelse hertil – opnås ekstraordinært medlemskab i PLO.

Fælles for de ekstraordinære medlemskaber af de forhandlingsberettigede foreninger er, at der ikke er tilknyttet demokratiske rettigheder som f.eks. valgbarhed og stemmeret til medlemskabet.

Idet Lægeforeningens vedtægter ikke regulerer spørgsmålet om ekstraordinært medlemskab, kan muligheden for at opnå ekstraordinært medlemskab ikke udledes af vedtægterne.

Medlemmer, der midlertidigt er uden beskæftigelse

Lægeforeningens vedtægter skelner mellem "erhvervsaktive medlemmer", "medlemmer, der midlertidigt er uden beskæftigelse", og "ikke-erhvervsaktive medlemmer". Lægeforeningens vedtægter fastlægger tilhørsforholdet for de tre grupper. Det følger således af vedtægterne, at:

- Erhvervsaktive medlemmer skal henføres til (organiseres i) en forhandlingsberettiget forening (vedtægternes pkt. 3.2.)
- Medlemmer, der midlertidigt er uden beskæftigelse, forbliver medlemmer af den forhandlingsberettiget forening, de er tilknyttet (vedtægternes pkt. 6.4.)
- Ikke-erhvervsaktive medlemmer henføres til (organiseres i) FPL, medmindre medlemmet fravælger dette medlemskab (og efter administrativ praksis udelukkende er medlem af Lægeforeningen) (vedtægternes pkt. 6.6. og 6.7.)

I praksis administreres reglerne sådan, at Foreningen af Speciallægers medlemmer overgår til Yngre Læger, når de ændrer deres status til arbejdssøgende. Der er dog en aftale mellem Yngre Læger og Foreningen af Speciallæger, der indebærer, at overgangen først sker efter cirka et halvt års arbejdsløshed.

Det forhold, at arbejdssøgende læger overgår til Yngre Læger, stemmer ikke overens med ordlyden i Lægeforeningens vedtægter punkt 6.4., hvorefter medlemmer, der midlertidigt er uden beskæftigelse, forbliver medlemmer af den forhandlingsberettigede forening, de er tilknyttet.

Udlandsbeskæftigedes demokratiske rettigheder

Lægeforeningens vedtægter foreskriver, at Lægeforeningen også er en forening for medlemmer, der har deres hovedbeskæftigelse i udlandet. Gruppen af udlandsbeskæftigede er kendetegnet ved alene at være medlemmer af Lægeforeningen (og eventuelt ekstraordinære medlemmer hos en forhandlingsberettiget forening).



Udlandsbeskæftigede er ikke eksplicit nævnt i forbindelse med reguleringen af afstemninger i Lægeforeningen – og derfor giver vedtægterne ikke et klart svar på hvilke demokratiske rettigheder, denne gruppe har, når det kommer til urafstemning og afstemning i Lægeforeningens bestyrelse.

Demokratiudvalgets overvejelser

Lægeforeningens vedtægter er det centrale dokument, der fastslår, hvilke typer af medlemskaber, der findes i foreningen, og hvilke demokratiske rettigheder, der er forbundet med de forskellige typer af medlemskaber.

Demokratiudvalget finder det vigtigt, at det til enhver tid – på baggrund af Lægeforeningens vedtægter – er muligt at fastslå det enkelte medlems medlemskab eller medlemskaber, da vedtægterne tillægger forskellige rettigheder til forskellige grupper af medlemmer.

Demokratiudvalget finder det ligeledes vigtigt, at Lægeforeningens vedtægter giver et retvisende billede af, hvad der gælder og hvordan der praktiseres i foreningen. Demokratiudvalget er desuden opmærksomt på, at det i Lægeforeningens vedtægter punkt 4.2. er fastsat, at vedtægterne for de forhandlingsberettigede foreninger ikke må stride mod Lægeforeningens vedtægter.

Demokratiudvalget har ud fra disse præmisser drøftet, om den nuværende praksis, hvorefter tidligere praksisejere under nærmere fastsatte betingelser kan forblive medlemmer hos PLO, bør kodificeres i Lægeforeningens vedtægter. Demokratiudvalget har ligeledes ud fra disse præmisser drøftet, om ekstraordinære medlemskaber bør reguleres i Lægeforeningens vedtægter. Demokratiudvalget har fundet, at begge forhold bør være indeholdt i Lægeforeningens vedtægter med henblik på at sikre gennemsigtighed om de regler, der praktiseres efter i foreningen.

Demokratiudvalget har desuden drøftet, hvordan tilhørsforholdet for medlemmer, der midlertidigt er uden beskæftigelse, skal være fremadrettet. Demokratiudvalget har fundet det vigtigt af at have medlemsperspektivet for øje ved fastlæggelsen af tilhørsforholdet for de arbejdssøgende. Det er udvalgets opfattelse, at medlemmet vil have en forventning om at blive i den forening, medlemmet kommer fra, hvis medlemmet bliver arbejdsløs, idet det i høj grad er et spørgsmål om identitet.

Demokratiudvalget har endelig drøftet, om udlandsbeskæftigedes stemmer – ved urafstemning – skal vægte med 50 % som ”ikke-erhvervsaktive medlemmer” eller 100 % som ”erhvervsaktive medlemmer”, og om udlandsbeskæftigede skal tælle med i Lægeforeningens formands antal stemmer i bestyrelsen (og i givet fald vægte 50 % på linje med ikke-erhvervsaktive). Demokratiudvalget har lagt vægt på, at de udlandsbeskæftigede har flere fællestræk med de ikke-erhvervsaktive ved kun at være medlemmer af Lægeforeningen, og Demokratiudvalget mener, at gruppernes rettigheder af den grund bør være ens.

Demokratiudvalgets anbefalinger

Demokratiudvalget anbefaler, at det skrives ind i Lægeforeningens vedtægter, at en læge – der har solgt sin praksis – kan bevare ordinært medlemskab hos PLO under nærmere fastsatte betingelser. Demokratiudvalget anbefaler, at de nærmere betingelser for medlemskab af PLO ikke fastlægges eksplicit i Lægeforeningens vedtægter, men at de nærmere betingelser skal kunne fastlægges administrativt efter beslutning i Lægeforeningens bestyrelse.

Demokratiudvalget anbefaler ligeledes, at det skrives ind i Lægeforeningens vedtægter, at de forhandlingsberettigede foreninger kan tilbyde ekstraordinære medlemskaber, og at der ikke er tilknyttet demokratiske rettigheder til sådanne medlemskaber.



Demokratiudvalget anbefaler, at den gældende praksis for medlemmer, der er midlertidigt uden beskæftigelse, ændres, så den bringes i overensstemmelse med vedtægternes aktuelle ordlyd. Det indebærer, at medlemmer, der midlertidigt er uden beskæftigelse, skal forblive medlemmer af den forhandlingsberettigede forening, de er tilknyttet – uanset varigheden af ledighedsperioden – så længe medlemmet har status som arbejdssøgende. Har medlemmet ikke længere status som arbejdssøgende, overgår medlemmet til medlemskab af Lægeforeningen som ikke-erhvervsaktiv.

Demokratiudvalget anbefaler endelig, at udlandsbeskæftigede skal have samme demokratiske rettigheder som ikke-erhvervsaktive. Det vil sige, at:

- 1) Udlandsbeskæftigede skal tælle som ikke-erhvervsaktive ved urafstemning, dvs. at deres stemmer tæller med 50 %, og
- 2) Udlandsbeskæftigede skal tælle med i formandens antal stemmer ved afstemninger i Lægeforeningens bestyrelse. Formanden har dermed et antal stemmer, som svarer til halvdelen af antallet af ikke-erhvervsaktive (herunder pensionister) og udlandsbeskæftigede.

De anbefalede ændringer – med undtagelse af anbefalingen om arbejdssøgende – kræver ændring af Lægeforeningens vedtægter og dermed vedtagelse på Lægemøde 2026.

5. Bilag

5.1. Bilag A. Kommissorium

5.2. Bilag B. Organiseringen af den svenske lægeforening

5.3. Bilag C. Organiseringen af den norske lægeforening

5.3. Bilag D. Baggrundsnotat om medlemsstrukturer og medlemsudvikling



31. august 2024

Sagsnr: 2024 - 3758

Aktnr:

BAGGRUND

Lægeforeningen er alle lægers forening og bygger på, at man som forening står stærkere, når man taler med én stemme.

Lægeforeningen er standsforeningen for læger i Danmark og rummer de forhandlingsberettigede foreninger Yngre Læger, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger. Foreningen af Speciallæger rummer såvel Overlægeforeningen, Foreningen af Praktiserende Speciallæger samt flere andre mindre undergrupperinger af læger. Lægeforeningen omfatter også Foreningen af Pensionerede Læger, der er en sammenslutning af læger, der ikke længere eller kun i mindre omfang er erhvervsaktive.

Der er gennem en årrække sket et betydeligt skift i størrelsesforholdet mellem de forhandlingsberettigede foreninger og en stor vækst i gruppen af pensionerede læger. Bliver balancen mellem foreningerne for skæv skaber det risiko for, at Lægeforeningen – som den forening der taler med én stemme på vegne af alle læger – udfordres. Det vil svække standens samlede politiske indflydelse og skabe risiko for, at foreningerne spilles ud mod og modarbejder hinanden.

Udviklingen i foreningernes indbyrdes størrelse har længe været kendt. Bestyrelsen har gennem nedsættelse af et demokratiudvalg i 2020 (Demokratiudvalget 2020) søgt at behandle de konsekvenser, den kan have for beslutningsprocesser på forskellige demokratiske niveauer, sammenhængskraft og mindretalsbeskyttelse i Lægeforeningen.

Med demokratiudvalgets anbefalinger og den efterfølgende justering af Lægeforeningens vedtægter, lykkedes man med at behandle nogle af konsekvenserne ved forskydning i foreningernes indbyrdes størrelsesforhold. Den interne balance i Lægeforeningen udfordres imidlertid af, at den nuværende udvikling forventes at fortsætte som resultatet af de seneste års overenskomster, hvor Danske Regioner har haft en ambition om at reducere antallet af overlæger samt strukturreformen, der kan bidrage til en fortsat udvikling i retning af, at flere speciallæger i almen medicin ansættes og ikke nødvendigvis bliver klinikejere.

De forhold, som lå til grund for, at man nedsatte *Demokratiudvalget 2020*, består således fortsat, og de ventes med endnu større styrke at udfordre Lægeforeningens interne balance de kommende år. Derfor ønsker LFB at undersøge, om Lægeforeningen har en struktur, der er egnet til at sikre den sammenhængskraft, som er nødvendig for, at Lægeforeningen også fremover kan være en agil forening, der på vegne af alle læger taler med én stemme.



På den baggrund ønsker LFB at nedsætte *Demokratiudvalget 2024* og med dette kommissorium at fastlægge de nærmere rammer for udvalgets arbejde.

OPGAVER

Udvalgets opgave er:

1. At se på foreningernes **interne organisering**, herunder undersøge:
 - hvordan Lægeforeningen fremadrettet kan håndtere **store forskelle i medlemsstørrelsen** i de forhandlingsberettigede foreninger i forhold til at fremstå som en samlet, stærk Lægeforening,
 - om **fordelingen** af medlemmer **mellem de forhandlingsberettigede foreninger** – nu og i fremtiden – afspejler de strukturer og den fordeling af læger, sundhedsvæsenet har, i forhold til interessevaretagelse for medlemmerne af sundhedspolitik og overenskomstmæssig karakter,
 - om **opgave- og ansvarsfordelingen** mellem Lægeforeningen og de forhandlingsberettigede foreninger er den rette, og om den tilstrækkeligt præcist afgrænset, og
 - om der er behov for at ændre LFBs sammensætning.
2. At se på behovet for at indføre mere forpligtende bestemmelser i vedtægterne om **kollegialitet**.
3. At se på, hvordan pensionerede læger fremover bør være afgrænset og repræsenteret, herunder **Foreningen af Pensionerede Lægers** (FPLs) ønske om et nyt navn
4. At se på om Lægeforeningen fremover bør invitere **studerende** ind i medlemskredsen.
5. At se på den decentrale struktur, herunder behovet for tilpasning af **den regionale struktur**, bl.a. i lyset af strukturreformen.
6. At se på det indbyrdes forhold mellem bestemmelser i Lægeforeningens vedtægter og de forhandlingsberettigede foreninger **vedtægter om bl.a. medlemskab**, idet bestemmelser herom på en række punkter ikke stemmer overens.

Som led i udvalgsarbejdet skal prognosen over udviklingen i foreningernes størrelsesforhold, udarbejdet af *Demokratiudvalget 2020*, genbesøges. Det er derudover ikke hensigten, at *Demokratiudvalget 2024* skal gentage de tidligere undersøgelser, men derimod i videst muligt omfang bygge videre på de kortlægninger og analyser, der blev lavet i regi af det tidligere demokratiudvalg.

Til brug for udvalgets arbejde skal der indhentes oplysninger om organiseringen af lægeforeningerne i de øvrige nordiske lande.

I det omfang udvalget måtte finde det relevant, kan det besluttet at indhente oplysninger fra Lægeforeningens medlemmer eller iværksætte andre analyser.

UDVALGETS SAMMENSÆTNING

Udvalget består af medlemmerne af Lægeforeningens bestyrelse, Lægeforeningens direktør og direktørerne for de forhandlingsberettigede foreninger. Lægeforeningens formand er formand for udvalget.

Repræsentanter for FPL, de regionale lægeforeninger og studerende vil kunne inviteres til at deltage i udvalgets møder ad hoc.



UDVALGETS ARBEJDSFORM

Udvalget sekretariatsbetjenes af Lægeforeningens sekretariat, og der tilknyttes sekretariatsbistand fra hver af de forhandlingsberettigede foreninger.

Der kan anvendes ekstern bistand til brug for fx rådgivning om foreningsretlige spørgsmål.

TIDSPLAN FOR ARBEJDET

Der afholdes et passende antal møder efter behov.

Bestyrelserne for de forhandlingsberettigede foreninger holdes løbende orienteret om udvalgets arbejde efter udvalgets nærmere bestemmelse, bl.a. i form af en fælles temadag.

Udvalget fremlægger endelig rapport for LFB inden udgangen af november 2025, hvorefter LFB tager stilling til rapportens anbefalinger.

Hvis LFB tilslutter sig anbefalinger fra rapporten, som kræver vedtægtsændringer, fremsættes disse på Lægemøde i maj 2026.





Baggrundsnotat om den svenske Lægeforening LÆGEFORENINGEN

5. december 2024

Sagsnr: 2024 - 3758

Aktnr: 6279377

Baggrund

Det fremgår af kommissoriet til Lægeforeningens Demokratiudvalg 2024, at der skal indhentes oplysninger om organiseringen af lægeforeningerne i de øvrige nordiske lande. Sekretariatet har på den baggrund indhentet input fra det svenske "läkarförbund". Dette notat beskriver, hvordan sekretariatet på baggrund af de modtagne input har forstået organiseringen af det svenske "Läkarförbund".

Foreningens opbygning

Sveriges "läkarförbund" er en hovedforening (paraplyorganisation), der består af forskellige "delforeninger". Delforeningerne er:

1. Lokalforeninger (25)
2. Yrkesforeninger (8)
3. Sveriges läkarförbund student
4. Specialitetsforeninger (66)

Alle er medlemmer af hovedforeningen, en lokalforening og en yrkesforening (fagforening). De medicinstuderende er en del af medlemskredsen og er organiseret i hovedforeningen og i Sveriges läkarförbund student. Der er ikke krav om medlemskab af specialitetsforeningerne (specialebærende selskab).

Derudover er der interesseforeninger, hvor medlemskab er frivilligt. Det drejer sig f.eks. om "Kvindelige lægers forening" og "Læger for miljø". Der er også en interesseforening for pensionerede læger "Seniorer läkar". Medlemskab af denne forudsætter, at man er fyldt 60 år og har anmeldt, at man ønsker at være pensioneret læge.

Foreningens øverste myndighed er "Fullmäktige", og "Förbundsstyrelsen" er dens bestyrelse.

Hovedforeningen er den forhandlingsberettigede forening og forhandler generelle overenskomstaftaler på vegne af alle læger, mens der i lokalforeningerne indgås lokale aftaler og ydes støtte til arbejdsrelaterede forhold. Det er hovedforeningen, der driver politik på vegne af alle læger, mens yrkesforeningerne driver politik med fokus på de forskellige grupper af læger.

Foreningens delforeninger

Lokalforeninger

Lokalforeninger er foreninger, der har medlemmer, der arbejder inden for et geografisk område. Der er 25 lokalforeninger (eksempelvis "Stockholmläkerne") Afgrænsningen svarer næsten til de geografiske regioner, hvor der imidlertid kun er 21.



Lokalforeningerne har egne bestyrelser.

Formålet med lokalforeningerne er at repræsentere medlemmerne på et lokalt niveau. Lokalforeningerne varetager interesserne for alle læger inden for det geografiske område – dvs. på tværs af yrkesforeningerne.

Lokalforeningerne forhandler lokale aftaler. Aftalerne vedrører som udgangspunkt alle og er således ikke opdelt i grupper af læger.

Lokalforeninger giver råd og støtte til læger vedr. arbejdsvilkår mm. og bistår ved tvister i relation til arbejdsgiver.

Der er krav om medlemskab af en lokalforening. Det gælder dog ikke studenter og pensionister. Hvis man som pensionist ikke er medlem af en lokalforening, har man imidlertid ikke ret til hjælp i sager om arbejdsrelaterede forhold.

Yrkesforeninger

Yrkesforeninger er foreninger, der varetager de politiske interesser for forskellige grupper af læger, og hvis formål er at drive politik.

Der er 8 yrkesforeninger: Chefsföreningen, Sjukhusläkarna, Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Företagsläkarföreningen, Svenska Militärläkareföreningen, Svenska Privatläkarföreningen, Sveriges Industriläkarförening og Sveriges Yngre Läkares Förening.

Sveriges Yngre Läkares Förening indeholder læger, der ikke er specialister. Sjukhusläkarna indeholder speciallæger og overlæger. Svenska Distriktsläkarföreningen indeholder de læger, der arbejder i primærsektoren.

Yrkesforeningerne har egne bestyrelser.

Der er ingen formelle regler om samarbejdet mellem de forskellige yrkesforeninger og hovedforeningen om politik. Yrkesforeninger samarbejder med hovedforeningens kommunikationsafdeling. Store politiske spørgsmål vil ofte diskuteres i Förbundsstyrelsen.

Der er krav om medlemskab af en yrkesforening. Det gælder dog ikke studenter og pensionister.

Man har i et vist omfang frihed til at vælge hvilken forening, man vil være medlem af, når man er blevet speciallæge afhængig af hvor man mener, at man hører hjemme. Man kan også være medlem i flere.

Specialitetsforeninger

Specialitetsforeninger er foreninger inden for de forskellige specialer, f.eks. Svensk Kirurgisk forening, Svensk Onkologisk forening.

Der er 66 specialitetsforeninger. Der er ikke krav om medlemskab.

Formålet er at søge indvirkning på de videnskabelige forhold inden for specialet.



Der er en kobling til den anden store lægeorganisation i Sverige, Svenska Läkaresällskapet, i den forstand, at hvis man er medlem af en specialitetsforening i Sveriges "läkarförbund", er man også medlem af samme specialitetsforening i Svenska Läkaresällskapet.

Fullmäktige

Det øverste organ i foreningen er Fullmäktige og består af cirka 140 medlemmer. Der afholdes møde ca. 1 gang om året.

De Fullmäktige udgøres af delegerede fra lokalforeningerne og yrkesforeningerne (antallet afhænger af størrelsen på lokalforeningen eller yrkesforeningen). Specialitetsforeningerne og interesseforeningerne har ikke egne poster i Fullmäktige.

En pensioneret læger kan være medlem af Fullmäktige, men der er ingen formel/fast post til dem.

Det er det øverste organ, der træffer beslutninger om f.eks. budget, strategi, valg af bestyrelse, revisor m.v.

Ved afstemninger kræves simpelt flertal. Hvis der er stemmelighed, trækkes lod. Visse beslutninger, f.eks. om at ændre vedtægter, kræver dog to tredjedele flertal.

Förbundsstyrelsen

Förbundsstyrelsen er foreningens bestyrelse. Bestyrelsen vælges af den øverste myndighed (Fullmäktige). Der er toårige mandatperioder og hvert år skiftes ca. halvdelen af bestyrelsen ud.

Bestyrelsen har 15 medlemmer, herunder 1 formand og 2 næstformænd. Der er ikke regler om, at forskellige grupper af læger, fx sygehuslæger, skal være repræsenteret med et bestemt antal. Oftest er det sådan, at formanden i den store yrkesforening (sygehuslægerne) også har en plads i bestyrelsen, men det er ikke givet. De studerende sidder fast med i bestyrelsen. En pensionerede læge kan være medlem af bestyrelsen, men der er ingen formel/fast post til dem.

Der er regler om, at der som udgangspunkt er åbne afstemninger. Hvis der er lige mange stemmer, er det formanden stemme, der afgør afstemningen.

Der er til bestyrelsen tilknyttet forskellige udvalg/råd, som ledes af en formand, som sidder i Förbundsstyrelsen, herunder f.eks. Arbetslivsgruppen, Etik- och Ansvarsområdet og Förhandlingsdelegation, som er det råd, der har ansvar for kollektive forhandlinger. De varetager et specifikt ansvarsområde og kan også få til opgave at se på et bestemt spørgsmål. Det er ofte formanden for et af udvalgene, der udtaler sig om emner inden for området.



Baggrundsnotat om den norske Lægeforening LÆGEFORENINGEN

5. december 2024

Sagsnr: 2024 - 3758

Aktnr: 6279377

Baggrund

Det fremgår af kommissoriet til Lægeforeningens Demokratiudvalg 2024, at der skal indhentes oplysninger om organiseringen af lægeforeningerne i de øvrige nordiske lande. Sekretariatet har på den baggrund indhentet bidrag fra den norske Lægeforening. Dette notat beskriver, hvordan sekretariatet på baggrund af det modtagne bidrag har forstået organiseringen af den norske Legeforening.

Foreningens opbygning

Den norske Legeforening er en hovedforening (paraplyorganisation), der består af "afdelinger", som er selvstændige underforeninger.

Underforeningerne er:

1. Lokalforeninger (19)
2. Yrkesforeninger (7)
3. Fagmedicinske foreninger (48) og
4. Norsk medisinstudentforening.

Alle er medlemmer af hovedforeningen, en fagmedicinsk forening (specialer), en lokalforening og en yrkesforening. De medicinstuderende er en del af medlemskredsen og er organiseret i Norsk Medicinstudentforening.

Derudover er der specialforeninger, hvor medlemskab er frivilligt. Specialforeninger tager sig af områder, der ikke er godkendte specialer. De pensionerede læger er organiseret i Ældre Lægers Forening, som er en specialforening.

Den norske Legeforenings øverste myndighed er Landsstyret, og Sentralstyret er dens bestyrelse.

Hovedforeningen er den forhandlingsberettigede forening og varetager såvel sine medlemmers sundhedspolitiske interesser samt økonomiske interesser og forhandler overenskomster for læger på sygehuse, læger ansat i kommunen, læger ansat i staten samt praktiserende læger og speciallæger, der opererer efter aftale med det offentlige.

Afdelingerne (underforeningerne) er organisatorisk underlagt landsstyret og sentralstyret, men har ret til selvbestemmelse i sager, der falder ind under deres særlige formål af lokal eller faglig karakter, medmindre andet er fastsat.

Foreningens "afdelinger"

Lokalforeninger



Lokalforeninger er foreninger på amtsniveau, der skal fremme fællesskab og tage sig af lokale forhold.

Der er 19 lokalforeninger.

Der er nedsat bestyrelser for lokalforeningerne. Lokalforeningernes bestyrelser er sammensat af læger, der repræsenterer forskellige faglige foreninger.

Lokalforeningen skal fremme Legeforeningens formål på området ved at varetage fællesskabet blandt lægerne og varetage deres fælles interesser ved bl.a.

1. At engagere sig i den lokale sundhedspolitik på området og i sundhedsregionen og arbejde for en hensigtsmæssig organisering af det samlede sundhedsvæsen.
2. At have det overordnede ansvar for, at det lokale arbejde med indkomst- og arbejdsforhold varetages tilfredsstillende i samarbejde med yrkesforeningerne. Lokalforeningerne skal yde praktisk bistand til yrkesforeninger ved valg af tillidsrepræsentanter og under uddannelse samt dækning af udgifter, som tillidsrepræsentanter afholder ved udøvelsen af deres hverv. Hensættelse til denne post skal fremgå af budgettet. Dette gælder dog ikke tildeling af autorisation som overenskomstspecialist og deltagelse i samarbejdsudvalg, hvor ansvaret påhviler den ansvarlige faglige sammenslutning.
3. At varetage og yde hjælp til de enkelte medlemmer gennem blandt andet at sikre tilrettelæggelse af kollegastøtte og drift af sundhedsforanstaltninger for læger.
4. At afvikle relevante kurser og andre pædagogiske aktiviteter.
5. At fremme kollegialitet og fællesskab mellem medlemmer, herunder pensionerede medlemmer, i området ved møder eller andre foranstaltninger til fagligt og socialt samvær.
6. At kunne løse lokale tvister mellem medlemmer og modparter og mellem medlemmer.
7. Lokalforeningen vælger medlemmer til foreningens kursusudvalg. Valgperioden for det enkelte medlem er fire år. Valgene tilrettelægges således, at halvdelen af udvalgsmedlemmerne stiller op til valg hvert andet år. Kursusudvalget bør have medlemmer fra såvel den almene lægetjeneste som speciallægetjeneste.

Lokalforeninger inden for en og samme region kan aftale at samarbejde om opgaver som nævnt.

Hvor sundhedsvirksomhed i special-sundhedsvæsenet er fordelt på flere lokalforeninger, har lokalforeningerne pligt til at samarbejde om økonomisk og praktisk støtte til tillidsrepræsentanter i berørte sundhedsvirksomheder. Ansvar skal reguleres efter gensidig aftale, som godkendes af sentralstyret.

Yrkesforeninger



Yrkesforeninger tager sig af vilkår for medlemmernes erhvervsudøvelse m.m.

Der er 7 yrkesforeninger:

1. Allmennlegeforeningen,
2. Norsk Overlegeforening,
3. Yngre Legers forening,
4. Leger i samfunns-medisinsk arbeid,
5. Praktiserende spesialisters landsforening,
6. Norsk arbeidsmedisinsk forening og
7. Foreningen for Leger i vitenskapelige stillinger.

Yngre Legers forening representerer læger under specialisering, turnuslæger, læger i videnskabelige stillinger og stipendiater. Norsk Overlegeforening har medlemmer, der er ansat i overlægestilling eller lederstillinger ved sygehus, helseforetag, specialistpoliklinik og lignende institutioner, samt specialistkompetente leger i andet relevant arbejde.

Der er nedsat bestyrelser for yrkesforeningerne.

Yrkesforeninger skal fremme Lægeforeningens formål og navnlig arbejde for tilfredsstillende rammevilkår for medlemmernes erhvervsudøvelse.

Yrkesforeningerne varetager rekruttering og udvælgelse af tillidsrepræsentanter, der representerer medlemmerne over for deres arbejdsgivere og andre aftaleparter.

For læger med ansættelsesforhold vælges tillidsrepræsentanter på arbejdspladsen efter hovedaftaler på de forskellige overenskomstområder.

For praktiserende læger, der ikke er omfattet af hovedoverenskomst eller tilsvarende, vælges tillidsrepræsentanter i kommuner og virksomhedsområder efter statens anvisninger.

Yrkesforeninger kan bede lokalforeningerne om praktisk bistand til at gennemføre sådanne valg.

Bestyrelsen for en yrkesforening kan for at sikre mulighed for ensartet repræsentation i tillidshverv i lokalforeningen, eget landsråd og Lægeforeningens sentralstyre beslutte, at en tillidsrepræsentant, som ikke udtrykkeligt har forbeholdt sig stiller op til valg eller er udpeget som organisatorisk tillidsrepræsentant i den faglige sammenslutning.

Lokalt/regionalt indgår yrkes foreninger gennem deres tillids- og organisationstillidsrepræsentanter i bestyrelserne for Lægeforeningens lokalforeninger og regionale udvalg.

Yrkesforeningerne har ansvaret for, at de lokale tillidsrepræsentanter holder lokalforeningens bestyrelse orienteret om alle væsentlige forhold inden for tillidsrepræsentanternes ansvarsområde og sørger for, at tillidsrepræsentanternes behov for dækning af udgifter vedr. deres kontor anmeldes til lokalforeningen.

Yrkesforeningernes interessearbejde rettes internt mod staten/landsstyret, regionsudvalg og lokalforeninger og eksternt af tillidsrepræsentanter hos medlemmernes



arbejdsgivere/aftaleparter. Brancheforeningen har i samarbejde med sentralstyrets sekretariatet et særligt ansvar for uddannelse af tillidsrepræsentanter inden for medlemsgruppen.

Fagmedicinske foreninger

De fagmedicinske foreninger tager sig af fag- og specialespecifikke forhold.

Der er 48 fagmedicinske foreninger.

Der er nedsat bestyrelser for de fagmedicinske foreninger, der har fået delegeret en række opgaver som foreningens faglige stemme til myndighederne.

De fagmedicinske foreningers hovedopgaver er:

1. Vurdering og indflydelse på grundlæguddannelsen
2. Vurdering og indflydelse på speciallægeuddannelse i relevante specialer i tæt samarbejde med det relevante fagudvalg.
3. Arbejde med videre- og efteruddannelse/kursusvirksomhed, faglig udvikling, forskning.
4. Arbejde hovedsageligt med det faglige grundlag for organisering af sundhedsvæsenet på og uden for sygehuse, lokalisering, udvikling af faget og samspil indenfor og mellem sundhedsvæsenets niveauer.
5. Kontakt til akademisk medicin og lægepraksis nationalt og internationalt.

Landsstyret

Landsstyret er det øverste organ i den norske lægeforening. Landsstyret består af 156 repræsentanter, som normalt mødes én gang om året. Landsstyret er beslutningsdygtigt, når mindst halvdelen er til stede.

Opgaver

På landsstyrets møder behandles:

1. Sentralstyrets meddelelse om foreningens virksomhed i det foregående kalenderår.
2. Beretning om Tidsskriftets virksomhed.
3. Sentralstyrets forslag vedr.
 - a. rullende principprogram
 - b. arbejdsprogram for de kommende to år.
4. Regnskab
5. Budget, herunder kontingent, honorar, godtgørelser, vederlagt m.v.
6. Fastlæggelse af sted for efterfølgende møder.
7. Sager, som efter love og øvrige regler skal behandles af landsstyret.
8. Valg af formand, næstformand, øvrige bestyrelsesmedlemmer og suppleanter. Når flere kandidater er foreslået, foretages skriftlig afstemning.
9. Valg af bestyrelse og suppleanter
10. Valg af revisor, når der er fremsat forslag herom.
11. Valg af beslutningsudvalget.
12. Valg af medlemmer til udvalg, herunder medlemmer til bestyrelsen for Lægehjælpen og Pensionsordningen for Læger (SOP).



Punkt 3, 8, 9 og 11 behandles i ulige år.

Sammensætning

Landsstyret består af sentralstyret, repræsentanter for afdelingerne, de regionale udvalg og repræsentanter for Ældre Lægers Forening.

Afdelingerne, de regionale udvalg og Ældre Lægers Forening skal have følgende repræsentation på grundlag af antallet af medlemmer pr. 1 februar i ulige år:

1. Lokalforeninger er repræsenteret ved deres leder samt en ekstra repræsentant for hver 2000 medlemmer ud over 2000 medlemmer
2. Regionudvalget repræsenteres af en formand.
3. Yrkesforeninger vælger en repræsentant for hver 1000 medlemmer.
4. Yrkesforeningerne vælger også i alt 50 repræsentanter fra de lokale foreningsområder. Den interne fordeling af disse afhænger af den enkelte faglige forenings andel af medlemmerne af den norske lægeforening. Alle yrkesforeninger skal være repræsenteret af mindst ét medlem.
5. De fagmedicinske foreninger vælger i alt 20 repræsentanter.
6. Den norske medicinstuderendes forening vælger seks repræsentanter.
7. De Ældre Lægers Forening vælger to repræsentanter.

Suppleanter vælges for hver gruppe.

Hvis en repræsentant udtræder af det organ, han/hun repræsenterer i perioden, udtræder vedkommende automatisk af landsstyret, og suppleanten træder ind, om nødvendigt efter supplerende valg/udnævnelse.

Hvis et medlem af landsstyret, der repræsenterer en afdeling, indtræder i sentralstyret, indtræder en suppleant fra den pågældende afdeling i landsstyret.

Sentralstyrets suppleanter, valgkomitéens medlemmer og beslutningslederne deltager i sentralstyrets forhandlinger uden stemmeret, hvis de ikke er valgte repræsentanter for landsstyret.

Sentralstyret

Sentralstyret er foreningens bestyrelse. Sentralstyret mødes månedligt.

Bestyrelsen består af 9 medlemmer og har en formand og næstformand.

Sentralstyret handler med ansvar over for landsstyret og har til opgave at:

1. Varetage foreningens formål ved at rette opmærksomheden mod alt, hvad der er af interesse for foreningen og dens medlemmer.
2. Varetage foreningens virksomhed, behandle sager, der ikke afgøres af sekretariatet, disponere over foreningens midler, udarbejde forslag til budget og gennemføre økonomiske beføjelser tildelt af landsbestyrelsen
3. Afgive årsberetning og forelægge landsbestyrelsen et regnskab revideret af en statsautoriseret revisor.



4. Ansætte en generalsekretær og at fastsætte generalsekretærens løn-, arbejds- og øvrige vilkår. Hovedbestyrelsen fastsætter en instruks for generalsekretæren og sekretariatet.
5. Indgå kollektive overenskomster om indkomst- og arbejdsvilkår m.v. med myndigheder og arbejdsgivere. Sentralstyret kan i den forbindelse gå videre med ophør og om nødvendigt iværksætte arbejdsstandsninger og blokader.

Sentralstyret skal sikre, at sager er tilstrækkeligt oplyst, før der træffes beslutninger.

Sentralstyrets afgørelse kan påklages til landsstyret. Undtaget herfra er afgørelser truffet i henhold til stk. 5.

Formanden og næstformandens opgaver:

Formanden er foreningens øverste leder og sentralstyrets leder med pligt til at have løbende kontakt til sekretariatets ledelse og pligt til på landsstyrets vegne at varetage foreningens faglige politik, sundhedspolitik og interessepolitiske processer over for myndighederne, herunder at lede eller uddelegere til andre til at lede overenskomstforhandlinger om medlemmernes løn- og arbejdsvilkår på centralt niveau.

Formanden kan ved behov indkalde hovedbestyrelsen samt faste udvalg med interessepolitiske opgaver.

Han/hun har adgang til alle møder i Lægeforeningen.

Formanden kan anmode sekretariatet om bistand til udførelsen af sit hverv.

Næstformanden overtager formandens embede under dennes forfald. Ved permanent bortfald af en næstformand vælger hovedbestyrelsen blandt sine medlemmer en ny næstformand.



Baggrundsnotat om foreningernes medlemsstrukturer og medlemsudvikling

27. november 2024

Sagsnr: 2024 - 3758

Aktnr: 6220110

Baggrund

Det fremgår af kommissoriet til Lægeforeningens Demokratiudvalg 2024, at det skal undersøges, om fordelingen af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger nu og i fremtiden afspejler sundhedsvæsenets strukturer. Dette notat beskriver medlemsstrukturer og medlemsudvikling i Lægeforeningen og de forhandlingsberettigede foreninger.

1. Lægeforeningens medlemsstruktur og medlemsudvikling

Lægeforeningens medlemsstruktur

Lægeforeningen er en (hoved)forening for alle læger, der har autorisation som læge og enten er erhvervsaktiv og medlem i en forhandlingsberettiget forening, pensionist, ikke-erhvervsaktiv eller har hovedbeskæftigelse i udlandet¹.

Medlemmer der kan henføres til en forhandlingsberettiget forening

De erhvervsaktive medlemmer er grundstammen i den nuværende organisation, og som erhvervsaktiv er det et krav, at man er medlem af en forhandlingsberettiget forening². De forhandlingsberettigede foreninger er Yngre Læger, Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger³. Der kan etableres nye forhandlingsberettigede foreninger, såfremt dette besluttet af den/de foreninger, der ved etableringen har forhandlingsretten for den gruppe, der etablerer den nye forhandlingsberettigede forening⁴.

Ved henføring til de respektive forhandlingsberettigede foreninger gælder følgende⁵:

- A. Yngre Læger optager læger ansat i underordnede stillinger, herunder amanuenser i praksis, nyuddannede og andre uden forudgående tilknytning.
- B. PLO optager alment praktiserende læger, der har tilkendegivet, at de udøver praksis for Den Offentlige Sygesikring eller på anden måde driver almen praksis som hovederhverv.
- C. FAS optager overlæger ved sygehus og andre institutioner for sygdomsforebyggelse eller sygdomsbehandling, praktiserende speciallæger samt læger, der ikke kan henføres under A eller B.

¹ LFV pkt. 3.1

² LFV pkt. 3.2. Medlemmer fra Grønland og Færøerne skal tillige være medlemmer af de regionale lægeforeninger i hhv. Grønland og på Færøerne².

³ LFV pkt. 3.3

⁴ LFV pkt. 3.4

⁵ LFV pkt. 6.3



Ved afgrænsningen af hvilke medlemmer der kan henføres til de respektive foreninger, er de bestemmende primært kriterier ejerskab, over/-underordningsforhold og overenskomstmæssig tilknytning. Sektor – forstået som det primære eller sekundære sundhedsvæsen – arbejdsområde og uddannelsesniveau er ikke tillagt bestemmende vægt for tilhørsforholdene i den nuværende organisering.

Første gang en læge henføres til Praktiserende Lægers Organisation er det således afgørende, at medlemmet er praktiserende læge med ejerskab af en klinik. Når en speciallæge i almen medicin én gang har været ejer, kan lægen også blive ordinært medlem af Praktiserende Lægers Organisation, når lægen er ansat i almen praksis⁶. Dermed er ejerskab og over/-underordningsforholdet som hovedregel vægtet over arbejdsområde, sektor og uddannelsesniveau. Selvom både klinikejeren og den ansatte er speciallæger i almen medicin, og begge arbejder i almen praksis, vægter klinikejerskaber hhv. underordningsforholdet, så de som hovedregel er organiseret i to forskellige forhandlingsberettigede foreninger: Praktiserende Lægers Organisation og Yngre Læger.

På samme måde er det i Yngre Læger over/-underordningsforholdet, der er afgørende for tilhørsforholdet. Uanset om medlemmet er ansat i den primære eller sekundære sundhedssektor. Hertil kommer, at medlemmets uddannelsesniveau heller ikke er tillagt bestemmende vægt for tilhørsforholdet til Yngre Læger. Det betyder, at Yngre Læger både består af læger i underordnede klassificerede eller uklassificerede stillinger og speciallæger i underordnede stillinger (i praksis afgrænset til, at medlemmet arbejder på et område, der er overenskomstdækket efter aftale med Yngre Læger).

Endelig er det også over/-underordningsforholdet, der primært afgør tilknytningen til Foreningen af Speciallæger ligesom uddannelsesniveau også spiller ind, men ikke er afgørende. Således er ikke alle læger i Foreningen af Speciallæger reelt set læger med speciallægeanerkendelse. Herudover fungerer Foreningen af Speciallæger også som den forening, der organiserer medlemmer, som ikke naturligt hører hjemme i de øvrige forhandlingsberettigede foreninger.

Midlertidigt uden beskæftigelse

Medlemmer som midlertidigt er uden beskæftigelse, forbliver medlemmer af den forhandlingsberettigede forening, som de er tilknyttet⁷. Der findes ikke en entydig definition af, hvad der forstås ved "midlertidigt". For at forblive (erhvervsaktiv) medlem hos en forhandlingsberettiget forening, forudsættes det almindeligvis, at medlemmet stadig er arbejdssøgende. Medlemmet kan dog også midlertidigt være på f.eks. barselsorlov eller lignende. Det følger implicit af bestemmelsen i Lægeforeningens vedtægter⁸, som siger, at Lægeforeningens erhvervsaktive medlemmer skal være hos en forhandlingsberettiget forening.

Afgørelser om placering ved tvivl eller uenighed

⁶ Se nærmere under afsnit 2 "PLO's medlemsstruktur og medlemsudvikling"

⁷ LFV pkt. 6.4

⁸ LFV pkt. 3.2



Hvis et medlem ønsker et andet tilhørsforhold, eller der opstår uenighed om et medlems placering mellem medlemmet og de forhandlingsberettigede foreninger, afgøres sagen af bestyrelsen⁹.

Medlemmer der kan henføres til Foreningen af Pensionerede Læger

Pensionerede og ikke-erhvervsaktive medlemmer af Lægeforeningen er i Lægeforeningens medlemssystem opdelt i to grupper. En gruppe af pensionister og ikke-erhvervsaktive, som automatisk bliver medlemmer af FPL, når de bliver pensionister eller ikke-erhvervsaktive, og en anden gruppe af "andre ikke-erhvervsaktive", som ikke bliver/er medlemmer af FPL.

Pensionerede og ikke-erhvervsaktive medlemmer i Lægeforeningen, der er medlemmer i FPL, omfatter ikke kun pensionerede læger, der på grund af alder er gået på folkepension (egentlige pensionister), men også medlemmer, der er på førtidspension, invalidepension eller gået på efterløn. Der er således tale om medlemmer, der ophører med at være erhvervsaktive (eller fuldtidsbeskæftigede). Lægerne bliver medlem af FPL ved ændringen i deres status, forudsat at de opfylder betingelsen om indtjening under dagpengesatsen.

Andre ikke-erhvervsaktive medlemmer

"Andre ikke-erhvervsaktive" læger i Lægeforeningen er medlemmer, der i Lægeforeningens medlemssystem har tilkendegivet, at de er "uden ansættelse/ikke arbejdssøgende". Det er f.eks. medlemmer, der er på selvbetalt orlov, hjemmegående, langtidssygemeldte mv. Medlemmer i denne kategori bliver ved ændringen i deres status ikke medlemmer af FPL. Denne gruppe har samme medlemsrettigheder og krav til indtjeningsgrænse herunder nedsat kontingent som medlemmer af FPL.

Løbende tilpasning af den konkrete fordeling af medlemmer mellem foreningerne

Lægeforeningens vedtægter beskriver fordelingen af medlemmer mellem foreningerne i hovedtræk. I takt med bl.a. sundhedsvæsenets udvikling, har der vist sig at være et løbende behov for at tage stilling til tilhørsforholdene for forskellige grupper af læger, der ikke på baggrund af vedtægternes ordlyd åbenlyst har hørt hjemme hos én specifik forening. Der har senest i Lægeforeningens bestyrelse i januar 2020 været taget stilling til den konkrete fordeling af medlemmer mellem de forhandlingsberettigede foreninger for så vidt angår speciallæger i almen praksis.

Lægeforeningens medlemsfordeling- og udvikling

Medlemsfordeling

Lægeforeningen havde pr. 1. januar 2024 35.803 medlemmer baseret på dataudtræk fra Lægeforeningens medlemssystem. Heraf udgjorde Yngre Lægers medlemmer 15.980 medlemmer, Praktiserende Lægers Organisations 3.389 medlemmer, Foreningen af Speciallæger 9.115 medlemmer og Foreningen af Pensionerede Læger 6.756 medlemmer. Hertil kommer 563 medlemmer i Lægeforeningen, som ikke er medlem i en anden forening.

Tabel 1 viser medlemmer af Lægeforeningens fordelt på forening pr. 1. januar 2024.

⁹ LFV pkt. 6.5



Tabel 1. Medlemmer af Lægeforeningen fordelt på forening

Forening	
Yngre Læger	15.980
FAS	9.115
PLO	3.389
FPL	6.756
Lægeforeningen	563
I alt	35.803

Kilde: Lægeforeningens medlemsregister pr. 1. januar 2024

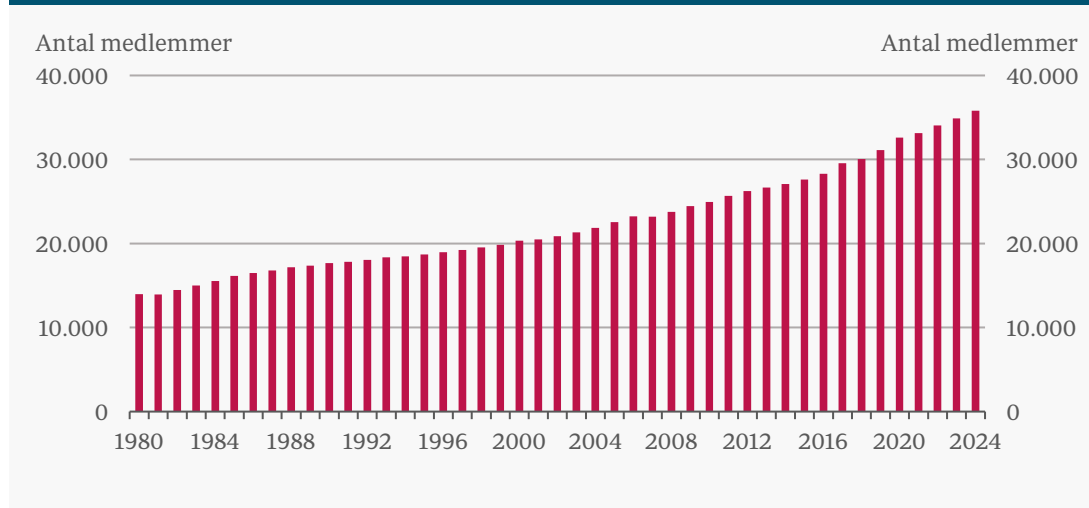
Ud af i alt 35.803 medlemmer i Lægeforeningen er 28.741 medlemmer erhvervsaktive – svarende til ca. 80 pct. De resterende 20 pct. af Lægeforeningens medlemmer er ikke erhvervsaktive, og består primært af medlemmer i Foreningen af Pensionerede Læger. Størstedelen af medlemmer, der udelukkende er medlem i Lægeforeningen, er ikke erhvervsaktive.

Medlemsudvikling

Antallet af medlemmer i Lægeforeningen er steget fra 13.980 medlemmer i 1980 til 35.803 medlemmer i 2024, jf. figur 1. Det svarer til, at antallet af medlemmer har vokset sig 2,5 gange større siden 1980.

Figur 1 viser udviklingen i antal medlemmer af Lægeforeningen over tid.

Figur 1. Udvikling i antal medlemmer af Lægeforeningen over tid



Anm.: Antal medlemmer er opgjort primo januar hvert år.
Kilde: Lægeforeningens medlemssystem

Tabel 2 viser udviklingen i antallet af medlemmer af FPL siden 2017.



Tabel 2. Udvikling i medlemmer af FPL 2017-2024

Årstal	Antal medlemmer i FPL
2017	4.775
2018	5.128
2019	5.444
2020	5.726
2021	6.017
2022	6.269
2023	6.528
2024	6.756

Kilde: Tidligere udgaver af Lægeforeningen i tal, baseret på Lægeforeningens medlemssystem primo januar hvert år.

2. PLO's medlemsstruktur og medlemsudvikling

PLO's medlemsstruktur og medlemsfordeling

Det følger af Lægeforeningens vedtægter pkt. 6.3., at PLO optager alment praktiserende læger, der har tilkendegivet, at de udøver praksis for Den Offentlige Sygesikring eller på anden måde driver almen praksis som hovederhverv.

PLO består derfor i praksis af tre typer medlemmer:

- Praktiserende læger med ydernummer
- Praktiserende læger med vagtydernummer, og
- Ansatte læger, der tidligere har ejet et ydernummer.

For så vidt angår gruppen af ansatte læger gælder, at når en speciallæge i almen medicin én gang har været ejer, kan lægen i op til 3 år også blive ordinært medlem af Praktiserende Lægers Organisation, når lægen er ansat i almen praksis. Efter de 3 år kan der søges dispensation om fortsat medlemskab af PLO. Lægeforeningen – som behandler sager om eventuel dispensation – er ikke bekendt med, at der er givet dispensation efter denne regel.

Praktiserende Lægers Organisation bestod pr. 1.1.2024 af 3.389 medlemmer. I 2024 udgør ejerlægerne 93 pct. af de ordinære medlemmer, vagtlæger udgør 6 pct. og de ansatte PLO-læger udgør 2 pct.

PLO's medlemsudvikling

Antallet af medlemmer af PLO er i perioden 2015-2024 faldet fra 3.667 til 3.364. Faldet skyldes, at speciallæger i almen medicin ansat i almen praksis, herunder også satellit- og licensklinkker, som dækker en kapacitet, er vokset markant. En kapacitet svarer til ansvaret for 1600 patienter. Disse læger er som udgangspunkt medlem af YL. I 2015 var der 13 ansatte, som dækkede en kapacitet, mens der i dag er 267.

Tabel 3 viser udviklingen i antallet af medlemmer af PLO siden 2015.

**Tabel 3. PLO-medlemmer årligt**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ordinære medlemmer	3.667	3.639	3.604	3.582	3.544	3.503	3.484	3.444	3.410	3.364

3. Yngre Lægers medlemsstruktur og medlemsudvikling

Yngre Lægers medlemsstruktur og medlemsfordeling

Det følger af Lægeforeningens vedtægter pkt. 6.3, at Yngre Læger optager læger ansat i underordnede stillinger, herunder amanuenser i praksis, nyuddannede og andre uden forudgående tilknytning.

Yngre Lægers består af følgende typer medlemmer:

- KBU-læger
- Læger under videreuddannelse
- Læger i uklassificerede stillinger
- Afdelingslæger/speciallæger (herunder også ansatte speciallæger i almen praksis og speciallægepraksis)

Yngre Læger bestod pr. 1. januar 2024 af 15.861 medlemmer. I 2024 udgør KBU-læger 8 pct., læger under videreuddannelse 72 pct. og speciallæger 20 pct.

Yngre Lægers medlemsudvikling

Antallet af medlemmer i Yngre Læger er i perioden 2014-2024 øget markant. Medlemstallet er samlet set øget med lidt under 50 pct. Herunder er antallet af KBU-læger næsten fordoblet, antallet af speciallæger er steget knap 80 pct. og gruppen af læger under videreuddannelse/andet med ca. 35 pct.

Tabel 4 viser udviklingen i antallet af medlemmer af Yngre Læger (absolutte tal) over 10-årig periode:

Tabel 4. YL-medlemmer fordelt på kategorier – absolutte tal

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
KBU	701	707	810	1029	1181	1219	1169	1303	1331	1277	1334
Videreuddannelse/ Andet	8394	8457	8592	8853	8909	9168	9701	10163	10646	10991	11373
Speciallæger	1780	1861	1943	2045	2305	2568	2743	2888	2944	3016	3154
Ordinære medlemmer	10875	11025	11345	11927	12395	12955	13613	14354	14921	15284	15861
Ekstraordinære medlemmer	504	533	563	583	89	84	71	124	152	184	195

4. Foreningen af Speciallægers medlemsstruktur og medlemsudvikling



Foreningen af Speciallægers medlemsstruktur og medlemsfordeling

Det følger af Lægeforeningens vedtægter, punkt 6.3., at FAS optager overlæger ved sygehus og andre institutioner for sygdomsforebyggelse eller sygdomsbehandling, praktiserende speciallæger samt læger, der ikke kan henføres til hverken PLO eller YL.

FAS består p.t. af syv foreninger og "Enheden". Det følger af FAS' vedtægter punkt 6.1., at individuelle medlemmer, som det ikke på sagligt grundlag er muligt at henføre til en forhandlingsberettiget forening, henføres administrativt til en særlig enhed.

De syv foreninger er Overlægeforeningen (OL), Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS), Læger i Erhvervslivet (LE), Universitetsansatte Lægers Forening (ULF), Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger (FAKL), Foreningen af Lægelige Chefer i Danmark (FLCD) og Overlæger i Staten (OS).

Enheden blev oprettet ved omstruktureringen af FAS i 2009, og Overlæger i Staten (OS) blev dannet i 2017. I den forbindelse blev Danske Militærlægers Organisation (DMO), Embedslægeforeningen (Embedslæger) og Foreningen af Sessionslæger (Sessionslæger) nedlagt.

Foreningen af Speciallæger bestod pr. 1.1.2024 af 9.115 medlemmer. Overlægeforeningen er den klart største forening i FAS med ca. 7.000 medlemmer p.t. svarende til ca. 76% af FAS' medlemmer. Den næststørste forening, FAPS, har ca. 1.000 medlemmer pt., svarende til ca. 10% af FAS' medlemmer.

Foreningen af Speciallægers medlemsudvikling

Tabel 5 viser antallet af ordinære medlemmer i FAS over en 10-årsperiode:

**Tabel 5** Foreningen af Speciallægers medlemsudvikling

	OL	FAPS	LE	ULF	FAKL	FLCD	DMO	Em- beds- læger	Sessi- ons- læger	OS	Enhe- den	FAS samlet
2014	6198	1091	250	201	96	111	28	28	7	-	122	8.132
2015	6380	1073	255	194	84	113	27	25	7	-	145	8.303
2016	6429	1104	249	193	85	114	31	25	6	-	148	8.384
2017	6538	1048	288	180	78	118	35	17	7	-	145	8.454
2018	6601	1043	355	203	77	118	-	-	-	124	152	8.673
2019	6531	1039	360	180	75	118	-	-	-	128	179	8.610
2020	6583	1042	354	178	70	112	-	-	-	121	195	8.655
2021	6641	1053	316	180	73	106	-	-	-	124	266	8.759
2022	6727	1054	313	178	64	92	-	-	-	123	299	8.850
2023	6910	1049	330	168	62	90	-	-	-	121	324	9.054
2024	7110	970	362	162	61	85	-	-	-	124	447	9.321

I Overlægeforeningen er den samlede andel af læger, der er ansat efter aftale for lægelige chefer (cheflæger og ledende overlæger) steget de seneste år. Overlægeforeningen antager, at det er resultatet af OK21, hvor der blev aftalt en ny stillingsstruktur, der skulle styrke mulighederne for at bedrive lægelig ledelse, der manifesterer sig i udviklingen af stillingstyper, navnlig den større brug af kategorien "ledende overlæge".

Tabel 6 viser udviklingen over en 10-årig periode.

Tabel 6. Udviklingen i stillingstyper (andel)

	Cheflæger	Ledende overlæge	Overlæge
2014	8,70%	8,00%	83,40%
2015	8,00%	7,80%	84,10%
2016	7,70%	7,80%	84,60%
2017	7,20%	7,90%	84,90%
2018	7,10%	8,50%	84,40%
2019	7,20%	8,90%	83,90%
2020	7,00%	9,00%	84,00%
2021	6,70%	8,60%	84,70%
2022	7,00%	10,30%	82,70%
2023	7,10%	15,10%	77,80%
2024	6,90%	16,50%	76,50%

I FAPS har medlemstallet i de seneste 10-år ligget på omkring 1.000 medlemmer. Der har årene i mellem været en fluktuation i antallet af medlemmer, hvilket har forskellige



årsagsforklaringer.

Blandt de væsentligste kan fremhæves en fælles målsætning i overenskomsten om, at flere deltidsydernumre (fordelt på flere speciallæger) skulle sammenlægges til ét fuldtidsydernummer (med én speciallæge). Denne ønskede udvikling har samtidig haft den sideeffekt, at det samlede antal medlemmer i FAPS blev reduceret.

Desuden har der tidligere været et antal assisterende speciallæger organiseret i FAPS, indtil der blev indført en fast procedure for, at assisterende speciallæger skulle henføres til YL. FAPS' repræsentantskab besluttede i 2023 med virkning fra 1. januar 2024, at foreningen organiserer Praktiserende Speciallæger med ydernummer, hvilket medførte, at knap 100 medlemmer med privat praksis uden ydernummer blev overført til Enheden under FAS.