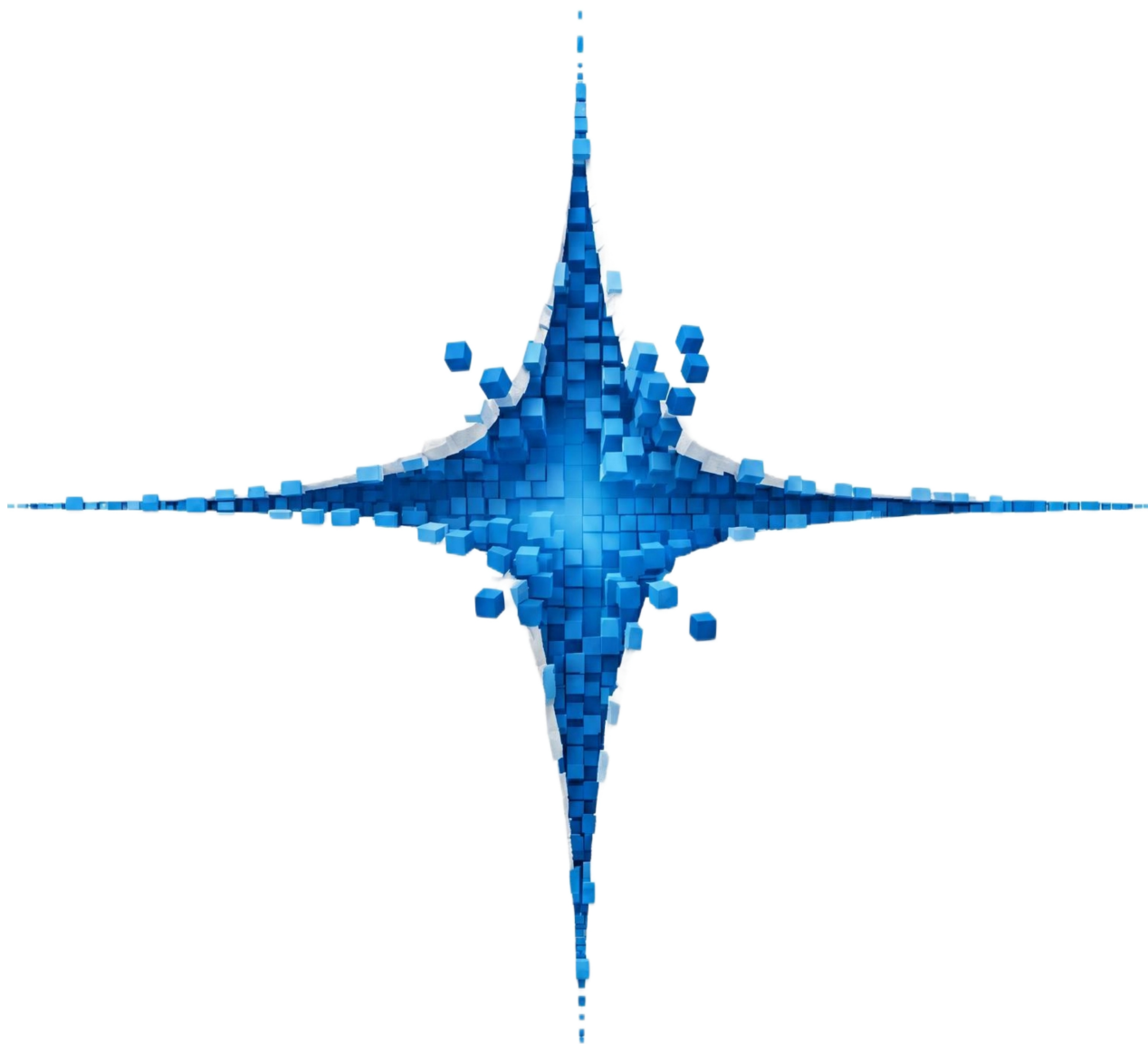




国 标 元 年 的 生 存 与 发 展 指 南

2026

中小陪诊机构 经营发展白皮书

陪 诊 有 道 | 智 库 出 品
上 海 心 广 体 胖 管 理 咨 询 有 限 公 司

前言

中国陪诊行业正站在从无序生长走向规范建制的关键节点，逐渐告别「有需求、无标准」的草莽阶段，迈入以合规、专业与信任为核心的发展阶段。2026年，政策端迎来历史性落点——11月1日国家标准 GB/T 47801—2026《陪诊（助医）服务规范》正式实施，长期护理保险制度加速建制，银发经济培育政策密集出台；支付端悄然打开——保险权益、运营商集采开始将陪诊打包为标准化产品，B端通道首次放量；供给端则加速分化——约25万从业者中六成月到手不足3,000元，而互联网平台、保险公司与连锁化机构正从不同方向进入同一赛场。

《中国中小陪诊机构经营发展白皮书》从需求测算、市场规模、供需结构、趋势预判与经营策略五个维度，系统性回答「这个行业值不值得做、怎么做才能活」两个核心问题，目的在于为数量最多、资源最少的中小陪诊机构提供一份可核验、可执行的经营参考。本书通过建立「理论需求—有效需求—市场规模」三步推算链、七维市场成熟度评分与风险雷达等评估体系，基于覆盖全国23个城市的一手调研与官方统计数据的交叉核验，遴选出专科深耕、社区嵌入、平台加盟、医院门诊陪诊四条发展路径与五阶段商业模式演变模型，并对代表性机构样本进行案例解读，为从业者提供战略参考。

1、理论需求 6.48 亿人次/年，市场满足率仅约 5%

陪诊需求是老龄化与就诊结构的刚性产物，但已激活的付费需求仅占理论需求约5%——95%的需求无人服务。

2、市场规模 2025 年约 67 亿元，2030 年约 250 亿元

年复合增速约30%；增长确定，人效和获客成本如何平衡。

3、仅 35.9% 的机构盈利，人效与获客是两条生死线

陪诊师日均 1.2 单是生死线，日均 2 单利润率可达 15%—20%；获客占比压到 15%，盈亏平衡点降到 350 单/月。

4、10 万+从业者：94.7%无底薪，但 94.7%仍计划长期从业

供给端脆弱而坚定——谁先完成陪诊师职业化，谁就握住下一个五年的入场。

版权与编写信息

◎编写单位：陪诊有道

◎数据支持：陪诊有道行业调研数据库

◎版本：2026 年 10 月 1.0 版本

◎编写组：张志援（主笔）、陪诊有道研究团队

◎联系方式：zhiyuan@xinguangtipang.com | 客服电话 17162327100

◎版权声明：本文档版权属于陪诊有道 / 上海心广体胖管理咨询有限公司。未经许可擅自转载、摘编或以其他方式使用本文档内容的，上海心广体胖管理咨询有限公司保留追究法律责任的权利。注明出处（《中国中小陪诊机构经营发展白皮书》，陪诊有道，2026 年 10 月）的合理引用，无需事先许可。

◎免责声明：本报告的信息来源于官方统计资料、公开发布的文献及本次机构调研（问卷与访谈）。陪诊有道对信息的准确性、完整性或可靠性不作保证。本报告所载的数据推算、意见及预测仅反映陪诊有道于发布本报告当日的判断，市场规模、财务模型等内容均基于书中已注明的前提假设与统计口径，属于估算性质，过往表现不应作为日后的表现依据。在不同时期，陪诊有道可能发布与本报告所载资料、意见及推测不一致的报告。陪诊有道不保证本报告所含信息保持在最新状态，对本报告所含信息可在不发出通知的情形下做出修改，读者应当自行关注相应的更新或修改。本报告不构成投资建议或经营决策的唯一依据，经营者应结合自身实际情况独立判断，据此操作风险自担。

致谢

本白皮书的一手数据，来自 2026 年 8—10 月全国 39 家中小陪诊机构的问卷调研与多位一线陪诊师的访谈。按照调研启动时的隐私承诺，机构与个人信息默认匿名处理；下列机构与从业者参与编制署名，特此鸣谢（排名不分先后）。

一、参与编制署名机构

北京医好健康管理有限公司、鹏城陪诊、重庆元沅健康管理有限公司、广西康德圣智能科技有限公司（医护侠）、江西陪诊呗科技有限公司、张家口柒玖陪诊服务有限公司、阳江市桥晟陪诊咨询服务有限公司、随护达科技（上海）有限公司、杭州娘家人陪诊、广东国康控股医疗服务集团有限公司、至善陪诊、石家庄庄伴健康管理有限公司、青青源陪诊互联网服务有限责任公司、北京医享汇健康科技有限公司、不疾陪诊、南京舒馨陪诊、北京护老康科技有限公司、四川省心省力健康科技有限公司、花诚陪诊、太原暖医伴行健康科技有限公司、好运爱陪（北京）科技有限公司、黑龙江省盛康毅讯陪诊有限公司、郑州伴小陪、润恩堂大健康管理有限公司、e 康陪诊广州越秀、缘来一家人（上海）健康咨询服务中心、四川舒新健康咨询有限公司、嘉兴市睿文健康咨询服务有限公司、上海陪诊医家科技有限公司、梅州市颐享居家养老服务有限公司、四川磐田馨逸健康管理咨询有限公司、臻享健康云科技有限公司、康葆乐（重庆）健康管理有限公司、南京军航健康科技有限公司

二、参与编制署名陪诊师

王莲英、上海嘉佑陪诊小岛、夏春露、康润、617、陈雪琼、太阳、陈然、车车、庞兰、许敏、秦春芳、牛气冲天、王敏、光年、王萧意、崔丽、华西玲姐、林怡贝

除上述署名机构外，其余参与机构按隐私承诺匿名。39 家机构覆盖北京、上海、深圳、广州、成都、重庆、郑州、南京、杭州、济南、石家庄、太原、大

同、哈尔滨、南昌、桂林、绵阳、宜宾、嘉兴、梅州、滁州、阳江、张家口等 23 个城市——感谢你们把真实的经营数字交给这个行业。

序

如果你正在经营一家陪诊机构，这本书是写给你的。

过去两年，你可能经历了这些：获客越来越贵，同行越来越卷，客户越来越谨慎；你想招人，留不住人；你想涨价，不敢涨价；你听说国标要来了、长护险要来了，却不知道跟自己有什么关系。

中国 2025 年有超过 100 亿人次走进医院。其中相当一部分人，需要的其实不是更多的医疗，而是多一个人陪着。

陪诊师做的就是这样一件事：在一个人最脆弱的时刻，站在他身边。

这件事过去叫“帮忙”，现在叫“服务”，未来应该叫“行业”。

帮忙凭交情，服务凭良心，行业凭标准——2026 年 11 月 1 日实施的国家标准，标志着陪诊开始从“凭良心”走向“凭标准”。

在我们编制本报告中，调研发现明确盈利的中小机构只有三成半，但超过三成机构的复购率做到了 41% 以上；获客成本是 61.5% 机构的首要痛点，但私域做得好的机构正在把客户生命周期价值从单次 200 元做到年度 2,000 元；行业在洗牌，但可测算机构的订单年化增速中位数仍有 30%。

这是一个“难”与“机会”同时放大的行业。

我们写这本书，只为一件事：让认真经营的中小机构，活得明白，活得长久。

2026—2028 年是这个行业的关键三年：2026 年国标实施、洗牌开始，2027 年格局分化，2028 年长护险全国建制落地。

陪诊是一门关于信任的生意。把每一单做好，把每一个人照顾好，市场终将奖励长期主义者。

不要痴迷于战略推演的精彩，

要能忍受执行时漫长的枯燥。

张志援 | 陪诊有道

2026 年 10 月 8 日

目 录

前言 2

版权及编写信息 4

致谢 4

序 4

执行摘要 11

编撰思路与方法论 13

 四段式逻辑链 13

 三步推算链（全书的数字骨架） 3

第一章 基础数据：全国人口与医疗资源 14

 1.1 人口老龄化现状 14

 1.2 医疗卫生资源（官方数据） 14

 1.3 养老服务资源 15

第二章 市场需求分析 16

 2.1 推算方法论 16

 2.2 全国陪诊需求推算结果（理论需求） 16

 2.3 需求场景细分 17

 2.4 用户画像与付费决策链 18

第三章 市场规模推算 21

 3.1 全国客单价分层结构 21

 3.2 敏感性分析 21

第四章 供需缺口分析 23

 4.1 满足需求所需的从业者规模（倒推） 23

 4.2 供给缺口演变 24

第五章 趋势预测（2025–2030） 25

 5.1 全国预测假设 25

 5.2 全国市场规模预测 26

 5.3 为什么普惠价格带始终占主体？ 27

第六章 市场成熟度评估 28

6.1 七维度评分 28

6.2 发展阶段判定 29

第七章 中小陪诊机构经营格局 30

7.1 市场格局画像：金字塔式高度分散 31

7.2 中小陪诊机构经营现状诊断 31

7.2.1 一手调研数据验证（2026 年 8 月） 32

7.2.2 医院采购文件解剖：B 端订单的真实门槛 33

7.2.3 第三方大样本互证（协会报告 N=3,865） 36

7.3 中小机构盈利模式分析 37

7.4 典型机构模式案例（2026） 39

7.5 中小机构发展路径建议（四条路径） 40

7.6 中小机构数字化工具栈 41

7.7 服务链延伸：从单次陪诊到长期照护关系 42

7.8 人力资源：招聘、培训与留存 44

7.9 获客渠道实操手册 45

7.10 财务规划工具：启动资金、三情景与现金流 47

7.11 组织成长路径与合伙人机制 48

第八章 机构生命周期动态 49

8.1 中小机构生命周期轨迹（2024–2030） 49

8.2 2026–2027 年洗牌期转型流向 51

8.3 五大业态终局与战略卡位 52

8.4 竞争格局与替代者分析 54

8.5 失败机构归因分析 56

第九章 区域差异分析 58

9.1 七大区域市场梯度 59

9.2 区域进入策略矩阵 60

9.3 区域标杆：上海试点实证（2025–2026） 61

9.4 县域下沉市场专题 62

第十章 风险评估 64

10.1 六大风险维度评分 64

10.2 中小机构核心风险详解 64

10.3 中小机构合规实操清单 65

10.4 应急预案与处置流程 66

第十一章 发展建议与政策建议 68

11.1 对中小陪诊机构的经营建议 68

11.2 对政策制定者的建议 68

第十二章 国际经验与支付路径 70

12.1 日本介护保险：立法先行催生的 14 万亿日元产业 72

12.2 美国 Patient Navigator：从公益项目到医保报销的 34 年 72

12.3 国际经验的三点结论 73

12.4 长护险全国推行下的陪诊支付路径推演 73

12.5 支付方拓展的本土实操路径 74

第十三章 动态因素与趋势预测 75

13.1 十大动态因素 75

13.2 十大趋势预测（2026–2027） 76

13.3 收束：中小机构生存决策矩阵 78

第十四章 中小机构三年行动纲领（2026–2028） 81

14.1 2026 年：生存年——先合规、再平衡 81

14.2 2027 年：卡位年——调结构、建壁垒 81

14.3 2028 年：承接年——接长护险、做延伸 80

第十五章 中小机构商业模式演变与机会地图（0→1→N） 83

15.1 商业模式五阶段演变模型 83

15.2 服务链延伸：周期×专病产品地图 83

15.3 大健康接口与养老融合 85

15.4 陪诊有道机会矩阵：42 个方向、四象限与三筛子 86

15.5 涉外陪诊与来华就医：高端产品线的卡位窗口 87

15.6 综合收入情景：从 250 亿到 1,100 亿的路径与口径边界 89

第十六章 陪诊师：核心生产要素的职业生态..... 92

16.1 职业画像与收入分布：供给端的第一块基石 92

16.2 五级职业分级路径：从“零工”到“职业”93

16.3 情绪劳动与心理耗竭：被忽略的成本中心 95

16.4 国标配套的内部认证体系：把培训变成资产96

附录：图表索引..... 99

附录：数据溯源表.....100

附录：参考文献.....103

附录：术语表.....108

附录：陪诊服务典型案例库..... 110

 A 组 医院场景案例（14 例） 110

 B 组 异业合作案例（24 例） 112

 附表一 异业合作五大范式117

 附表二 价格分层对照表（2026） 115

 附表三 2026 年医院陪诊招标时间轴（选摘） 118

附录：机构服务 SOP 框架要点..... 119

附录：中小机构经营 KPI 指标体系..... 118

附录：中小机构三年规划工作表..... 119

附录：数据与政策跟踪清单..... 120

附录：2026 中小陪诊机构调研快报..... 121

编制说明..... 123

执行摘要

核心指标	数值	数据来源/推算依据
全国常住人口	140,489 万人	国家统计局 2025 年统计公报
60 岁以上人口	32,338 万人	国家统计局 2025 年统计公报
老龄化率	23.00%	官方公布
医疗卫生机构	110.7 万个	国家卫健委 2025 年卫生统计
医院数量	3.8 万个	国家卫健委 2025 年卫生统计
卫生技术人员	1,340 万人	国家卫健委 2025 年卫生统计
总诊疗人次	105.8 亿人次	国家卫健委 2025 年卫生统计
年陪诊需求（理论）	约 64,812 万人次	年龄结构×就诊频率×陪诊率推算（见第二章）
年陪诊需求（有效）	约 2.9 亿人次	理论需求×45%付费意愿率（口径已统一，见修正记录①）
市场规模（2025，基准）	约为 67 亿元	有效需求 2.9 亿×转化率 12%×客单价 192 元
市场规模（敏感性区间）	19 亿~307 亿元	保守 5%/130 元 ~ 极端乐观 30%/350 元（见第三章）
市场满足率	约 5%	基于需求端倒推（推算说明见下）

“市场满足率约 5%”推算说明：该指标衡量“已激活的付费需求”占“理论需求”的比例，由两条独立路径互证得出——①供给倒推：2025 年市场规模约 67 亿元 ÷ 加权客单价 192 元 ≈ 实际服务 3,490 万人次，占理论需求 64,812 万人次的 **5.4%**；②需求实测：中国社会福利与养老服务协会大样本调研（N=3,865）显示社区居民陪诊使用率仅 3.51%、医院患者仅 4.68%（见 7.2.3 节）。两条路径共同指向：**当前市场仅激活了理论需求的 5%左右**，剩余 95%的需求受“认知不足+支付未打通+供给不规范”三重因素抑制——这既是行业天花板尚远的证据，也是第二章“理论需求≠已激活需求”论断的量化注脚。

市场成熟度	4.13 分/10 分	七维度加权评分·导入期中段（口径已统一，见修正记录②）
-------	-------------	-----------------------------

国标实施	2026 年 11 月 1 日	GB/T 47801-2026
------	-----------------	-----------------

核心结论（一句话）：中国陪诊市场正处于“导入期”向“成长期”过渡的关键节点，2026 年 11 月 1 日 GB/T 47801-2026 国标实施将成为行业第一次强制性出清的分水岭。中小陪诊机构面临“合规成本陡增”与“市场机遇释放”的双重挑战，未来 2~3 年是决定生死存亡的关键窗口期。

编撰思路与方法论

四段式逻辑链

① 数据底座（只信官方）→ ② 测算引擎（逻辑透明）→ ③ 经营研判（核心章节）→ ④ 落地建议（行动方案）

阶段	对应章节	核心产出
① 官方数据底座	第一章	人口老龄化、医疗资源、养老资源三大官方事实
② 测算引擎	第二～五章	需求→市场→缺口→趋势，每个数字标注推算逻辑
③ 经营研判	第六～十章	成熟度、格局、生命周期、区域、风险
④ 落地建议	第十一、十四、十五章	四条发展路径 + 政策建议 P0~P2

三步推算链（全书的数字骨架）

理论需求（6.48 亿人次/年）
× 45% 付费意愿率
= 有效需求（约 2.9 亿人次/年）
× 12% 付费转化率（2025 基准，2030 升至 18%）
× 192 元 加权客单价（2030 升至 265 元）
= 市场规模（2025 约 67 亿元 → 2030 约 250 亿元，CAGR≈30%）
注：本书所有“市场规模”均为**保守估计**，基于官方人口与医疗数据推算，未引用未经核实的网络数据。推算采用人口学模型和行业通用假设，全部在正文标注推算逻辑。

第一章 基础数据：全国人口与医疗资源

核心问题：陪诊需求的宏观底座有多大？稀缺在哪里？

1.1 人口老龄化现状

- 2025 年末全国常住人口 140,489 万人；60 岁以上 32,338 万人（23.0%）；65 岁以上 22,365 万人；人口自然增长率 -2.41‰
- 近五年老龄化趋势（官方）：

年份	60 岁以上人口（万人）	老龄化率
2021	26,736	18.90%
2022	28,004	19.80%
2023	29,697	21.10%
2024	31,031	22.00%
2025	32,338	23.00%

关键发现：年均净增约 1,400 万老年人口，2025 年老龄化率 23.0%，进入中度老龄化社会。

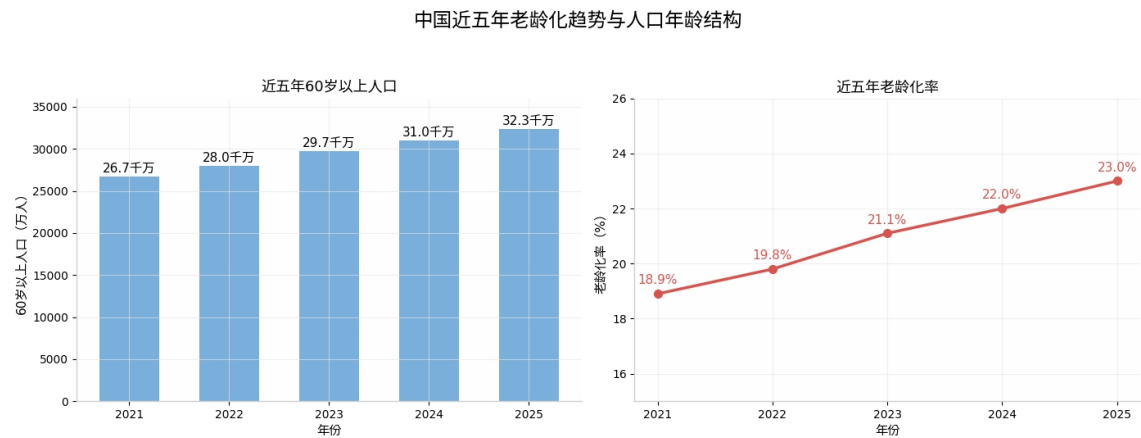


图 1 中国近五年老龄化趋势与人口年龄结构

1.2 医疗卫生资源（官方数据）

指标	2025 年数据
医疗卫生机构	110.7 万个
医院	3.8 万个
基层医疗卫生机构	105.5 万个

卫生技术人员	1,340 万人
执业医师和执业助理医师	529 万人
注册护士	603 万人
床位	1,009 万张
总诊疗人次	105.8 亿人次
出院人次	3.0 亿人次
人均预期寿命	79.25 岁

资源密度：每千人床位 7.2 张、医师 3.8 人、护士 4.3 人；人均年就诊 7.5 次。

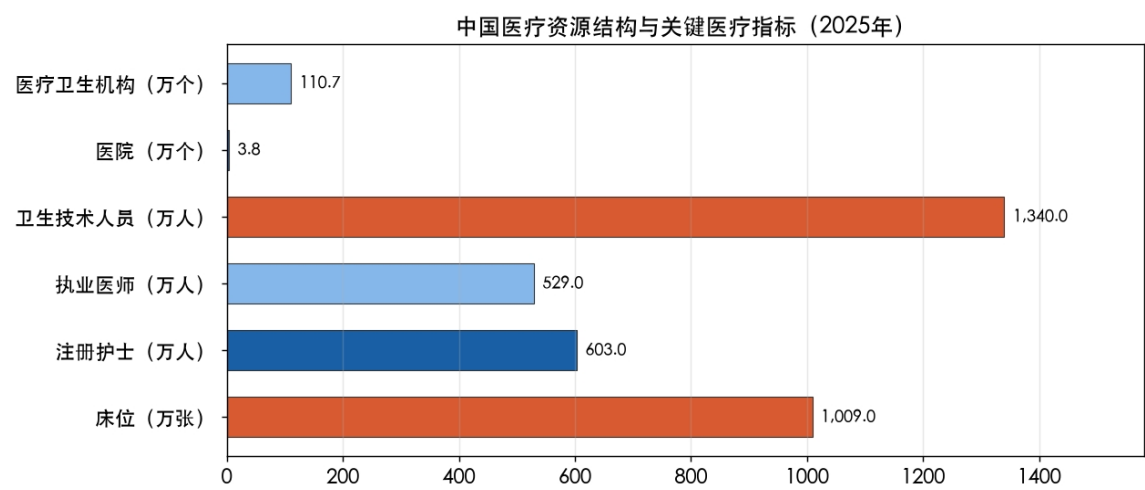


图 2 中国医疗资源结构与关键医疗指标

1.3 养老服务资源

指标	2025 年数据
养老机构	3.92 万个
养老床位	498.4 万张
社区养老服务设施	35.61 万个
医养结合机构	8,289 个
长期护理保险参保人数	3.085 亿人

关键发现：全国医养结合机构仅 8,289 个，相对 3.2 亿老年人口严重不足——陪诊服务作为“医”与“养”之间的桥梁，需求空间巨大。

第二章 市场需求分析

核心问题：全国到底有多少陪诊需求？从何而来？

2.1 推算方法论

采用“人口基数 × 就诊频率 × 陪诊率”模型：

年龄段	年均就诊次数假设	陪诊率假设	假设依据
60-64 岁	6 次	4%	身体相对健康，部分仍在工作
65-69 岁	7 次	8%	慢性病开始显现
70-74 岁	9 次	18%	行动不便比例上升
75-79 岁	11 次	30%	多病共存，独立就诊困难
80-84 岁	14 次	45%	高龄失能、独居比例高
85 岁以上	16 次	55%	绝大多数需要陪同

2.2 全国陪诊需求推算结果（理论需求）

年龄段	人口（万人）	年就诊人次（万人次）	陪诊需求（万人次）
60-64 岁	8,085	48,510	1,940
65-69 岁	9,055	63,385	5,071
70-74 岁	6,468	58,212	10,478
75-79 岁	4,204	46,244	13,873
80-84 岁	2,587	36,218	16,298
85 岁以上	1,949	31,184	17,151
合计	32,338	283,753	64,812

结论：全国年陪诊理论需求约 64,812 万人次。

注：分年龄段人口为推算口径，加总（32,348 万人）与官方 60 岁以上人口总数（32,338 万人）存在约 10 万人尾差；需求合计因四舍五入存在±2 万人次尾差，均不影响总量级判断。

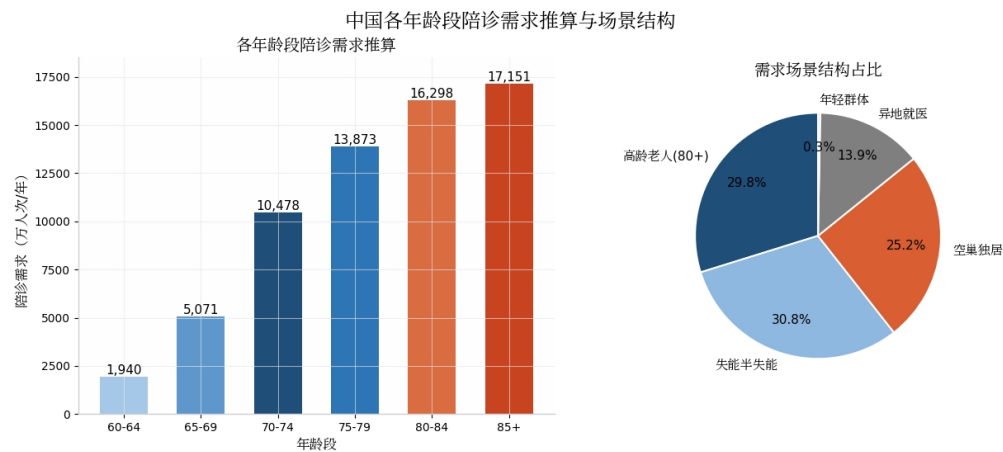


图 3 中国各年龄段陪诊需求推算与场景结构

理论需求 ≠ 已激活需求——知晓度实证：理论需求是“客观上需要陪诊”的人次，但多少人知道并使用了陪诊服务？中国社会福利与养老服务协会与蓝豚医陪《陪诊服务发展研究报告（2025）》（北京/上海/浙江三地实证，2025 年 5 月）给出了需求侧的一手测量：社区居民中 45.30%“完全不了解”陪诊服务、51.20%“听说过但从未使用”，实际使用者仅 3.51%；医院患者中 64.35%“完全不了解”，实际使用者仅 4.68%。这组数据为第三章“付费意愿率 45%”的保守取值和执行摘要“市场满足率约 5%”的判断提供了大样本实证支撑——需求客观存在，但认知激活才刚刚开始，这正是导入期市场的典型特征。

支付意愿的另一组佐证：京东消费及产业发展研究院 2026 年 3 月对 5,000 个家庭的居家养老调研显示，50.1%的受访家庭愿意为“陪同就医”付费，56.2% 关注预约挂号与代问诊等就医协助，47.6%希望获得诊后康复指导——陪诊服务三项核心场景均获近半数家庭的支付意愿确认。江苏省《陪同就医服务发展研究报告》进一步提出“功能性赋能+社会性支持”的需求分析框架：前者指流程代办、科室引导等工具性价值，后者指情绪安抚、决策陪伴等情感性价值，二者缺一不可。价格方面，该报告基于江苏样本的实证显示陪诊服务主流支付区间集中在 300—600 元/天，与本书第四章的定价带测算相互印证。

2.3 需求场景细分

场景	需求人次（万）	占比	推算依据
高龄老人（80+）	28,449	29.80%	4,536 万×14 次×45%

失能半失能老人	29,371	30.80%	3.2 亿×11%×15 次×55%
空巢独居老人	24,038	25.20%	3.2 亿×59%×7 次×18%
异地就医	13,225	13.90%	105.8 亿×5%×25%
年轻群体	272	0.30%	非老年人口×独居率×需求
合计	95,355	100%	场景间存在重叠（加总>64,812）

口径说明：场景加总大于理论需求，因同一患者可属多个场景。具体数字按各自推算依据独立计算，用于结构判断而非总量加总。

2.4 用户画像与付费决策链

2.1—2.3 节从宏观人口与就诊数据推算需求总量，本节切换到付费决策人视角，回答“谁在买、为什么买、怎么决定买”。本节依据：①7.2.1 节一手调研（机构 N=39、陪诊师 N=19）中机构对客户结构的反馈；②《陪诊服务发展研究报告（2025）》（N=3,865）的用户端测量；③行业公开资料。凡属推算之处均作标注。

付费决策人≠服务使用人。陪诊服务的使用者以 60 岁以上老人为主（第二章），但付费与下单的决策人往往是另一代人。机构访谈普遍反馈：为父母下单的子女是最主要的付费群体，其中“异地工作子女为老家父母远程下单”是辨识度最高的典型场景——这类订单对服务过程可视化（实时定位、现场照片、诊后图文小结）的要求显著高于本地订单。老人自行下单比例偏低，智能手机操作门槛与支付习惯是主要障碍，这与协会报告中 45.30%社区居民“完全不了解”陪诊服务的认知现状互为因果。

付费人群	典型场景	客单价承受力	决策关注点
异地子女（为父母）	父母突发就医、慢病复查、异地转诊	标准档 180–280 元为主，紧急场景可达高端档	信任背书、过程可视、诊后反馈
本地中高收入家庭	孕产检陪同、子女就诊、父母体检	标准—高端档（180–600 元）	专业资质（医护背景）、隐私保护

老人本人（独居/空巢）	定期复诊、取药、检查预约	普惠档 60-150 元为主，价格敏感度最高	熟人推荐、陪诊师稳定性（“固定的人”）
-------------	--------------	------------------------	---------------------

付费决策链五环：触发→搜寻→验证→下单→复购。触发：突发就医、复查周期、体检异常、异地转诊四类事件贡献绝大多数首单；**搜寻**：短视频平台与熟人推荐是两大入口，医院场景（导诊台、候诊区）的线下触达转化率最高；**验证**：用户核验三点——资质（培训证书/机构备案）、案例（真实服务记录）、评价（平台评分）；**下单**：响应速度（30 分钟内回复率）与价格透明度是成交关键；**复购与转介绍**：慢病复查的周期性需求是复购主引擎，一次满意服务向“家庭圈”的转介绍是中小机构成本最低的获客方式。

复购率是区分“生意”与“项目”的核心指标。按场景推算：慢病复查类客户年就诊 6—12 次（呼应 2.1 节各年龄段就诊频率假设），理论年复购 5-10 单；术后康复、肿瘤放化疗周期（通常 4—8 个疗程）的陪诊需求集中且刚性；单次性需求（体检、偶发就医）复购弱，但承担“首单体验”功能。价格敏感度分层明显：普惠档用户对 20-30 元价差敏感，高端档用户对价格不敏感、但对陪诊师资质（执业护士、三甲医院从业经历）极度敏感——这也是第三章客单价分层结构在需求侧的镜像。（推算，待一手用户调研验证）

机构问卷（N=39）提供了复购率的实测分布：复购率 50%以上的机构占 23.1%，41%—50%占 15.4%，两者合计 38.5%；但仍有 23.1%的机构复购率仅 10%—20%，另有 10.3%从未统计过复购率。**高复购机构的一个共同特征是获客渠道中含 B 端团单或社区/养老机构场景——关系型入口天然带来周期性需求，**这也解释了本书为何把“会员制+场景锁定”列为穿越洗牌期的核心动作。

关键判断：需求侧的瓶颈不是“有没有需求”，而是“信不信得过”。理论需求 64,812 万人次与实际激活约 5%之间的巨大落差，本质是信任落差——子女把父母交给陌生人，决策门槛远高于普通本地生活服务。这意味着中小机构的竞争主战场不在流量投放，而在信任资产积累（医院合作背书、标准化服务过程、可验证的资质与评价）。谁先把“信任成本”降下来，谁就能把 95%的未激活需求变成自己的增量。

学术研究的调查数据为这一判断提供了量化旁证。王珍等对南京 4 家三甲医院 593 名就诊者的调查（2023 年）显示：71.67% 的独自就医者希望有人陪伴，70.51% 曾经历家人患病需要陪护而自己时间不便，71.16% 遇到过家属请假困难无法陪同的情况——需求真实、高频，且集中发生在“家属缺位”的场景。吴欣熠、沈微微对上海老年人的调查（2023 年，有效样本 85 份）同样显示老年群体使用陪诊服务的意愿高、需求迫切。换言之，“信不信得过”拦住的不是边缘需求，而是占七成的普遍需求。

口径说明：本节用户画像基于机构端调研反馈与协会报告用户端数据交叉整理；付费人群结构、复购频次为推算值，尚无一手用户大样本调研支撑，建议机构读者以本地实际客群校准。

第三章 市场规模推算

核心问题：一个 6.48 亿人次的理论需求，市场价值几何？

3.1 全国客单价分层结构

价格带	价格区间（半天）	服务内涵	占比	供给主体	典型客群
普惠型	80-150 元	基础陪同、挂号、取药	~60%	个人散工、小微工作室	退休老人、低保老人、政府购买对象
标准型	180-280 元	全流程陪同、记录医嘱、代缴费	~30%	中型机构	中产家庭老人、独居老人
高端型	350-600 元	专家预约、专车接送、健康管理	~10%	大型平台	高净值老人、异地就医

3.2 敏感性分析

情景	转化率	客单价	修正后市场规模
保守	5%	130 元（普惠均价）	19 亿元
基准	12%	192 元（加权均价）	67 亿元
中性	15%	220 元（标准型下限）	96 亿元
乐观	20%	280 元（标准型上限）	164 亿元
极端乐观	30%	350 元（高端型下限）	307 亿元

关键判断：基准 67 亿元处于 19~307 亿区间低位，属于保守估计。

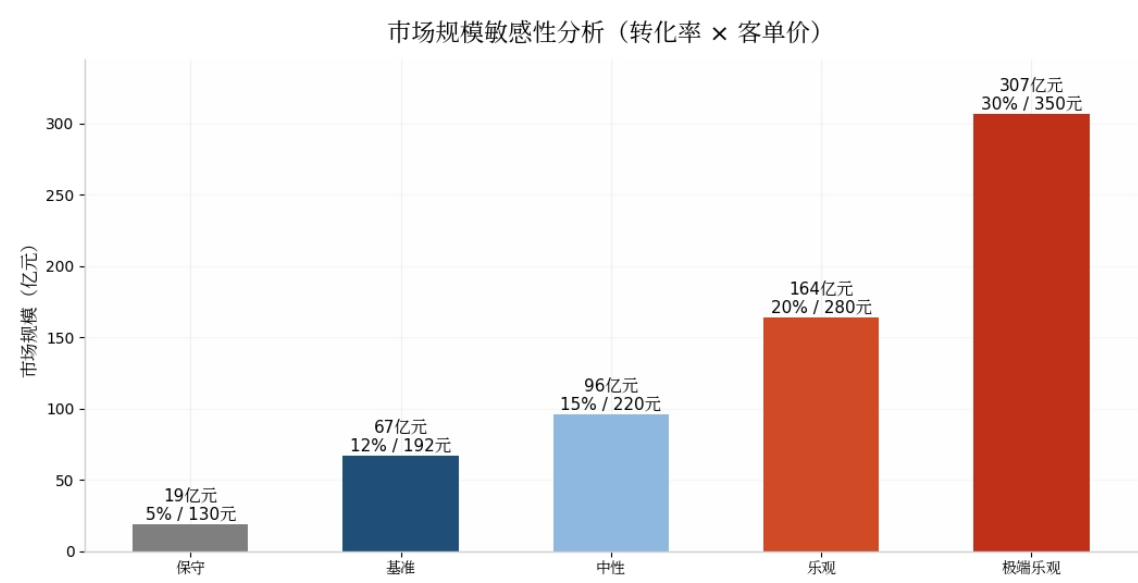


图 4 市场规模敏感性分析

第四章 供需缺口分析

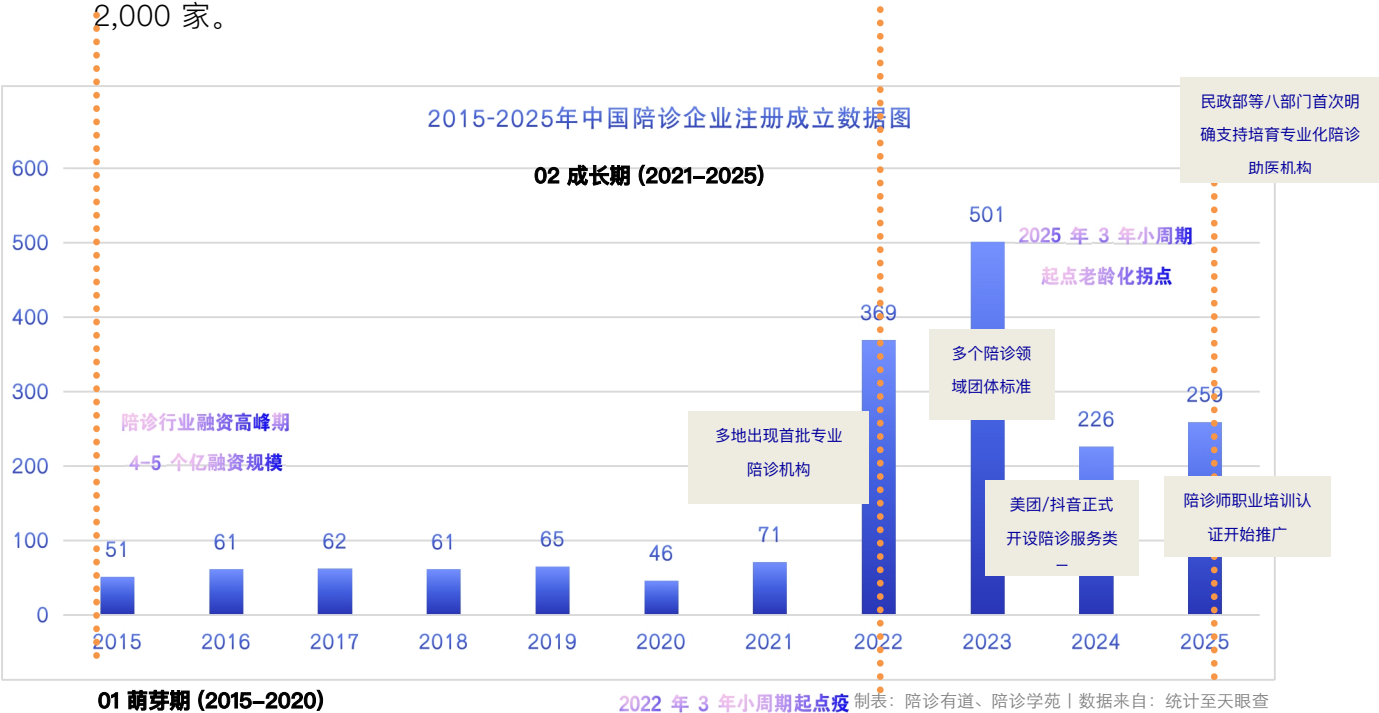
核心问题：要满足全国需求，需要多少从业者？缺口多大？

4.1 满足需求所需的从业者规模（倒推）

基于年陪诊有效需求（约 2.9 亿人次），倒推不同运营效率下的从业者需求：

运营效率	人均年服务次数	所需从业者人数	适用场景
低效运营	200 次	约 145 万人	个人散工，无系统支持
中等效率	400 次	约 72.5 万人	小型工作室，有基础调度
高效运营	600 次	约 48.3 万人	中型机构，数字化调度
极限效率	800 次	约 36.3 万人	大型平台，智能匹配

关键判断：即使按最高效运营的假设，满足当前有效需求（2.9 亿人次/年）也需要约 **36 万名** 专职陪诊从业者；若需求持续激活、向理论需求（6.48 亿人次/年）回归，从业者需求将达 **百万级**——这与《陪诊服务发展研究报告（2025）》测算的全国陪诊师需求缺口 83 万~220 万相互印证。当前实际从业者约 **25 万人**（口径见修正记录③），但绝大多数为兼职、低效运营的散户，真正具备机构化运营能力的主体不足 2,000 家。



需求刚性的场景证据：《陪诊服务发展研究报告（2025）》场景侧调查进一步确认了缺口的结构性成因——社区老年人 **88.54%**、养老机构老年人 **98.30%**

在就医时“家人无法及时陪同”；82.66%（社区） / 92.61%（养老机构）反映“医院流程复杂”；64.40%（社区） / 96.02%（养老机构）存在“身体行动不便”。三类障碍叠加，意味着缺口不是简单的“人手不够”，而是家庭照护功能持续弱化下的系统性空缺——机构化陪诊正是填补这一空缺的供给形态。

4.2 供给缺口演变

发展阶段	时间	供给缺口	判断依据
萌芽期	2020-2023	~90%	从业者极少，需求未被激活
野蛮生长期	2024-2026H1	~80%	大量涌入，但多为低效散户
洗牌出清期	2026H2-2027	~65%	国标淘汰不合规者，需求同步增长
机构化时代	2028-2030	~45%	机构化率提升，效率改善

第五章 趋势预测（2025–2030）

核心问题：未来五年的市场规模会走到哪里？

5.1 全国预测假设

假设项	2025	2030	依据
60 岁以上人口	3.23 亿	3.83 亿	前瞻假设年均净增约 1,200 万（保守取值，低于近五年历史均值约 1,400 万）
人均就诊次数	7.5 次	8.5 次	慢性病管理需求增加
陪诊率	12%	17%	市场教育深入
付费转化率	12%	18%	服务标准化，信任度提升
加权客单价	192 元	265 元	结构升级驱动，非普惠涨价

客单价分层演变：

年份	普惠型占比	标准型占比	高端型占比	加权均价
2025	60%	30%	10%	192 元
2026	55%	32%	13%	208 元
2027	50%	35%	15%	225 元
2028	48%	35%	17%	238 元
2029	45%	36%	19%	251 元
2030	42%	36%	22%	265 元

关键判断：到 2030 年普惠型（80–160 元）仍占 42%，是最大单一价格带。加权均价从 192 元增至 265 元（+38%），主要驱动力是结构升级（高端占比 10%→22%），而非普惠群体涨价。

2026 年实际成交价格已形成清晰的六档分层（案例库定价对照表）：院内自营价最低——海宁市人民医院首小时 50 元、之后每半小时 25 元；街道公益价次之——上海殷行“时光驿站”99 元/次（月单 400+）；平台补贴价——滴滴

陪诊单次低至 176 元、65 岁以上公益价 3.6 小时 246 元；政府试点指导价——上海 2 小时 120—180 元、4 小时 200—300 元；物业补贴价——徐汇“物业+陪诊”补贴后 300 元/4 小时；下沉市场价——福建龙岩半天 80—150 元。六档价差最高达 3 倍，但各自成立：**定价的本质不是成本加成，而是“谁补贴、补贴谁”——每一档低价背后都有一个补贴主体（医院、街道、平台、基金会、物业）**。中小机构定价前先回答一个问题：我这一单，有没有补贴方？

消费者的实际支付意愿与这一分层互证。王珍等的同一调查显示，受访者对陪诊服务的价格接受度高度集中：61.72% 选择 50—99 元/小时，34.06% 选择 100—299 元/小时，愿意支付 300 元/小时以上的合计不足 5%。按“单次 2 小时”折算，大众支付意愿集中在 100—600 元/单，与上海 2026 年指导价（120—180 元/2 小时）的中低区间基本吻合，也解释了为什么“惠民”和“标准”两档是放量主力、“旗舰”以上只能是少数机构的利润线。需要说明的是，该调查样本 82.12% 为 40 岁以下人群（南京，2023 年），更接近“子女代购”决策者的支付口径，老年患者本人付费的价格弹性还需要更多数据验证。

机构侧数据给出同一结论的另一面：陪诊有道机构问卷（N=39，2026 年 10 月导出）显示，53.8% 的机构平均客单价落在 150—250 元区间，150 元以下占 12.8%，251—400 元占 23.1%，600 元以上合计仅 10.3%；且 251—400 元档集中在一线及新一线城市，下沉市场以 150—250 元为主。**机构实际成交价带与用户支付意愿高度重叠，再次印证普惠档是基本盘。**

5.2 全国市场规模预测

年份	有效需求	付费转化率	加权客单价	市场规模
2025	2.92 亿人次	12%	192 元	67 亿元
2026	3.35 亿人次	13%	208 元	90 亿元
2027	3.82 亿人次	14%	225 元	120 亿元
2028	4.33 亿人次	15%	238 元	154 亿元
2029	4.89 亿人次	16%	251 元	196 亿元
2030	5.50 亿人次	18%	265 元	250 亿元

口径标注：本表“有效需求”= 理论需求（第二章 64,812 万人次）× 付费意愿率 45%。验证：2.92 亿元×12%×192 元≈67 亿 √。

口径说明：2030 年按公式 5.50 亿元×18%×265 元≈262 亿元，本书按保守原则向下取整为 250 亿元（差异约 4.6%，见修正记录④）。

复合增长率：约 30%

5.3 为什么普惠价格带始终占主体？

约束因素	说明
养老金水平	四川企业退休人员月均养老金约 3,000 元，150 元/次陪诊占月收入 5%
价格敏感度	老年群体对“非刚需服务”价格弹性极高，涨价即流失
政府购买定价	居家养老上门服务中的陪医模块，政府购买价通常 80-120 元/次
替代选择	子女请假陪同、邻居互助（零成本）、社区志愿者（免费）
认知门槛	大量老人认为“陪诊=跑腿”，不愿为“陪伴”支付溢价

第六章 市场成熟度评估

核心问题：这个市场发育到哪一步了？

6.1 七维度评分

维度	权重	2026 年	2027 年国标后	2030 年成熟期
政策规范度	20%	5.5	7	8.5
人才职业化度	20%	3.5	5	7.5
服务标准化度	15%	4.5	6.5	8
数字化程度	15%	5	6.5	8
支付体系成熟度	10%	3	4.5	7
市场集中度	10%	3	4.5	7
用户认知度	10%	3	4.5	7
加权总分	100%	4.13	5.70	7.70

判定：全国市场综合评分 4.13 分，处于“导入期”中段。

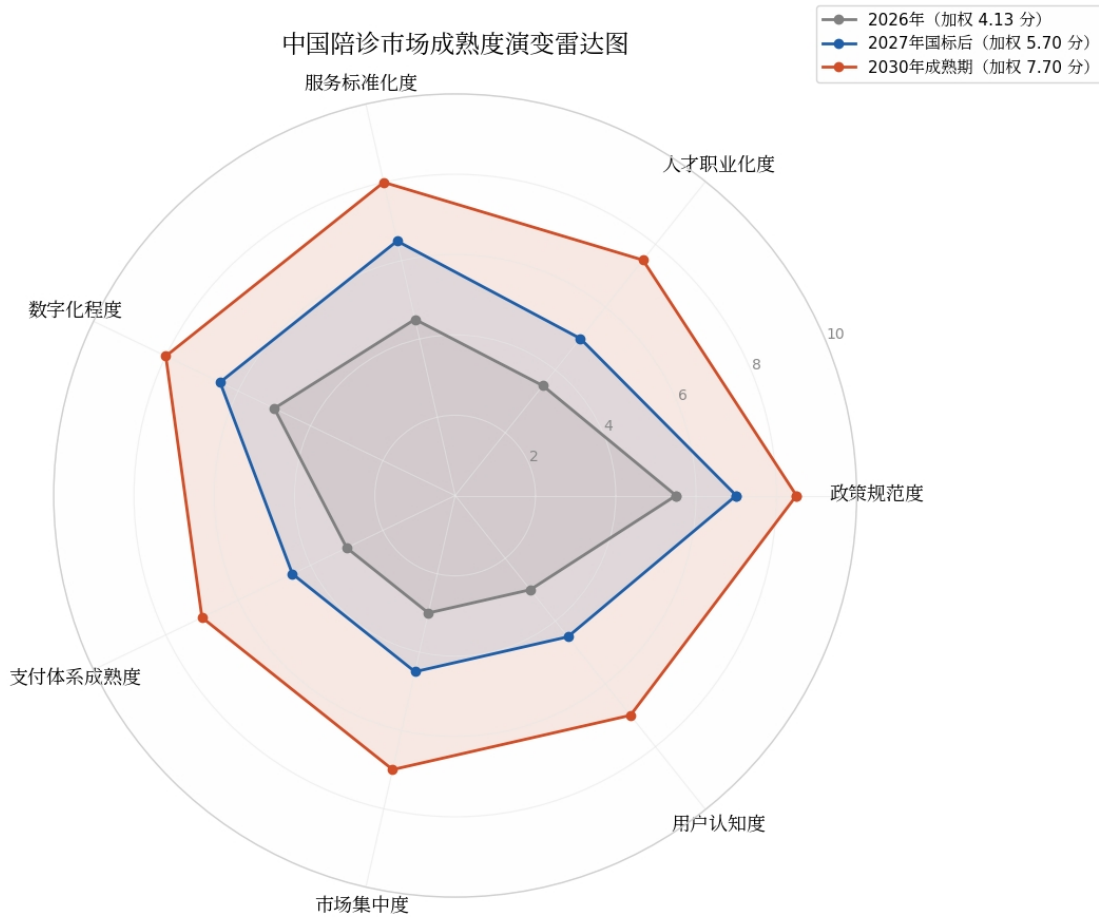


图 5 中国陪诊市场成熟度演变雷达图

口径说明：执行摘要中的“5.5 分”曾为政策规范度单项分，加权总分经复算为 4.13 分（见修正记录②⑧）。

6.2 发展阶段判定

阶段	时间	核心特征	全国现状
萌芽期	2020-2023	需求存在但供给零散	已完成
导入期	2024-2026H1	政策破冰，标准初建	当前
洗牌出清期	2026H2-2027	国标实施，合规整改	即将进入
成长期	2028-2029	标准落地，供给放量	预计 2028 年进入
成熟期	2030-2033	市场集中，品牌稳定	远期目标

第七章 中小陪诊机构经营格局

核心问题：中小机构长什么样？赚不赚钱？怎么突围？

7.1 市场格局画像：金字塔式高度分散

层级	机构类型	数量估算	市占率	核心特征
塔尖	头部连锁/平台	约 20-50 家	<5%	有 APP/小程序，标准化运营
塔身	中型区域机构	约 150-400 家	5-15%	10—50 人团队，固定医院合作
塔基	小微工作室	约 800-1,500 家	15-25%	2—5 人团队，熟人转介绍
底座	个人散工/散户	约 15-30 万人	>50%	社交平台接单，无资质

白皮书聚焦：核心研究对象为**塔基（小微工作室）+ 塔身（中型区域机构）**，合计占比约 20-40%，是行业规范化发展的关键力量。

本书界定：“**中小陪诊机构**”指以**陪诊（助医）服务为核心业务、独立市场化运营、尚未形成跨省直营网络与平台化调度能力的服务组织**。为便于读者对号入座，给出四条可观测参照（满足其中两条即可归入）：①专职及签约陪诊师 3—50 人；②月均单量 300 单以下（对照 7.10 节测算的 350 单/月盈亏平衡线，绝大多数中小机构尚未越过盈亏线）；③年营收 500 万元以下；④服务半径为单一城市或相邻都市圈。据此画像，第一章金字塔结构中的塔身（区域连锁、垂直专科机构）与塔基（小微机构、工作室）均属中小机构；个人陪诊师（散工）与全国性平台不在此列。养老机构、家政公司、药房等主体内部独立核算的陪诊业务单元，亦按中小机构对待。这一界定与行业注册结构高度吻合——据《保险行业陪诊服务市场洞察》统计，约九成陪诊相关企业注册资本在 500 万元以下。

7.2 中小陪诊机构经营现状诊断

指标	小微工作室	中型区域机构
主力价格带	普惠+标准	标准型
半天客单价	120-200 元	180-280 元
全天客单价	220-350 元	350-500 元
月均单量	30-80 单	100-400 单
年收入	15-40 万元	100-500 万元
毛利率	45-60%	35-45%

小微工作室（2—10 人）五大瓶颈：获客难（流量贵）、人才缺（流失高）、合规贵（投入大）、支付窄（无医保）、纠纷多（无保障）。

中型区域机构（10—50 人）核心痛点：规模不经济、医院关系脆弱、人才培养压力、资金压力、跨区域复制难。

痛点	严重程度	具体表现
规模不经济		订单量增长但管理复杂度指数级上升
医院关系脆		与医院合作多为口头协议
人才培养压力		从”招人”到”培养人”的转型困难
资金压力		扩张需要前置投入，但融资渠道有限
跨区域复制难		各地医疗资源差异大，标准化输出困难

图 6 中型机构核心痛点严重度评估

7.2.1 一手调研数据验证（2026 年 8—10 月）

调研概况：本节数据来源于陪诊有道 2026 年 8 月启动的行业调研，截至 2026 年 10 月导出共回收机构问卷 39 份、陪诊师问卷 19 份（调研持续进行中）。样本量有限，但可作为白皮书推算的一手验证参考。

1. 行业极新，验证“导入期中段”判断

- 数据：59.0%机构成立于 2024—2026 年（机构问卷 N=39），78.9%陪诊师 2024 年后入行（陪诊师问卷 N=19）
- 印证：与白皮书第六章“市场成熟度 4.13 分/10 分，导入期中段”判断一致。行业处于起步阶段，大量新进入者涌入

2. “获客难+价格战”成为第一矛盾

- 数据：61.5%机构将“获客成本高”列为首要挑战，51.3%面临“价格战”压力
- 获客渠道：微信私域 76.9%，B 端团单 53.8%，公域平台（美团/抖音等）渗透率低
- 印证：与白皮书 7.2 节“小微工作室五大瓶颈之获客难”完全吻合，验证了“流量贵”是中小机构的核心痛点

3. 盈利弱，验证“保守估计”基调

- 数据：明确盈利机构仅 35.9%，51.3%年营收<50 万元
- 印证：与白皮书 7.2 节“年收入 15–40 万元”区间一致，支持白皮书“保守估计”的市场基调

4. 收入“去陪诊化”，多元化求生

- 数据：74.4%机构多元经营，门诊陪诊收入占比中位数约 45%
- 印证：与白皮书第十三章“十大动态因素”中“跨界竞争”趋势吻合，中小机构正通过多元化（健康管理、跑腿代办、家政服务等）对冲单一业务风险

5. 陪诊师收入低、保障弱，但从业意愿强

- 数据：约六成陪诊师上月到手收入不足 3,000 元，94.7%无底薪，机构代缴社保仅 10.5%
- 矛盾点：尽管收入低、保障弱，94.7%陪诊师仍计划长期从业
- 印证：与白皮书第四章“从业者约 25 万人，绝大多数兼职低效”判断一致，也解释了为何“人才流失高”是五大瓶颈之一

6. 证书含金量与医学能力错位

- 数据：持证率 94.7%，但医学背景仅 5.3%，应急处理能力自评最低(4.11/5)
- 印证：与白皮书第十章“人才/供给风险”和“信任/声誉风险”呼应，证书≠能力，行业培训体系亟待完善

7. 风险保障处于灰色地带

- 数据：陪诊师最担心“突发急病责任不清”(68.4%)和“被误认医托黄牛”(68.4%); 机构 30.8%未购买任何保险

- 印证：与白皮书第十章“法律/纠纷风险”详解高度吻合，风险保障缺失是行业痛点

8. 政策诉求指向“合法化+支付端”

- 数据：82.1%机构希望纳入政府采购，56.4%希望打通医保/长护险通道
- 印证：与白皮书第十一章“政策建议 P0”（出台管理办法、纳入长护险试点）完全一致，政策诉求高度集中
- 诉求排序：纳入政府采购目录（82.1%）断层领先，医保/长护险支付通道（56.4%）与医院合作政策背书（53.8%）次之，陪诊师培训补贴仅 33.3%——机构要的是支付方与信用背书，而不是补贴。

数据局限性说明

- 样本量：机构 N=39，陪诊师 N=19，调研持续进行中，结论仅供参考
- 地域集中：陪诊师样本 63.2%来自上海，地域外推需谨慎
- 异常值：机构问卷存在明显异常数据（全职陪诊师 19,756 人），已在分析中排除

7.2.2 医院采购文件解剖：B 端订单的真实门槛

样本来源：两份公开医院采购文件——广州医科大学附属第二医院《患者就医陪诊服务合作项目》竞争性磋商文件（2026 年 3 月，项目编号 0724-2610Z3150262）、天津市滨海新区塘沽妇产医院《陪诊与线上管理一体化服务项目》招标公告（2025 年 10 月，编号 ZB2025058）。

宏观背景：2025 年全国共发布陪诊相关招标/中标项目 71 个，累计市场规模 2,179 万元，项目数量与市场规模同比分别增长 320% 和 410%（数据来源：全国公开招标信息整理，引自《2026-2027 中国陪诊助医生态商业创新发展趋势报告》）。宏观放量之外，两份医院采购文件提供了微观解剖样本：**医院到底怎么“买”陪诊服务、按什么标准选人。**

样本一：广医二院（三甲）——竞争性磋商全流程

维度	文件条款	解读
采购方式	竞争性磋商，综合评分法（技术 52 分+商务 38 分+价格 10 分）	政府采购正式流程，资质门槛完整

商业模式	机构向患者收费，医院按月收取管理费， 费率≥10% ；价格评审采用“高价优先法”，费率报价越高得分越高	医院将流量与场地变现，机构“付费入场”；费率竞争实质是分成让利的竞争
人员要求	商务 38 分中 24 分 直接给人：项目负责人（医学类学历）6 分、项目主管 2 名 12 分、用药指导专员（药学类）6 分	医学/药学背景团队是 B 端硬通货，与 7.2.1 调研“医学背景仅 5.3%”形成尖锐对照
履约考核	月度考核低于 80 分按 200 元/分扣罚；年度累计 3 个月低于 80 分可终止合同	B 端订单强约束，粗放运营的机构拿不到也守不住
政策引用	文件开篇援引《老年陪诊服务规范》团体标准（T/CASWSS 041-2025）作为立项依据	团标已进入三甲医院正式采购文件，标准化从“倡导”变为“门槛”

医院官方定价（广医二院项目服务清单）：

服务档位	内容	定价
基础陪诊（半日）	一对多引导、代办挂号缴费取药陪检，3 小时内	60 元/次
基础陪诊（全日）	一对多，3—6 小时	100 元/次
高级陪诊	执业护士一对一，含初步评估、医嘱解读，3 小时内	298 元/次
VIP 专人全程陪诊	一对一专属、优先通道	598 元/次

对照第三章客单价分层：院内基础档（60-100 元，一对多）低于普惠带下沿，本质是以“批量化”换“地板价”；执业护士档（298 元/3 小时≈100 元/小时）与 VIP 档（598 元）落在标准-高端区间——医院渠道同样呈现清晰的分层结构，且专业资质（执业护士）是最直接的溢价来源。

样本二：天津塘沽妇产医院（二级专科）——内部简易采购

同一时期，二级专科医院的采购明显简化：无综合评分体系、无管理费率条款，以“陪诊与线上管理一体化”打包做内部采购，服务期 2 年。**医院采购规范度呈分层状态**：三甲医院已走竞争性磋商全流程，二级及专科医院仍以简易内部采购为主——后者正是中小机构切入 B 端的低门槛入口。

样本三：湖州市中心医院——县域标杆的服务硬指标。

该院陪诊服务采购的核心条款为：陪诊准时率 100%、服务满意度≥95%、投诉 2 小时内响应；机构须投保责任险与意外险“双保险”；常驻储备陪诊师不少于 5 人；陪诊师年龄 20—55 岁、高中以上学历、持健康证上岗。湖州是典型的深度老龄化县域市场：60 岁以上人口占比 31.45%，陪诊客单价 300—500 元/次，老年客户占比约 65%，服务渗透率不足 10%——“硬指标+双保险+人员储备”的组合，正是县域公立医院采购的标准画像，中小机构可对照自检。

对中小机构的启示：**B 端医院订单的门槛画像已经清晰——医学/药学背景人员配置、同类项目业绩、本地化 7×24 小时响应、质量考核耐受力**。中小机构冲击三甲医院订单前，可先以二级/专科医院简易采购积累“同类业绩”（广医二院商务分中同类业绩占 6 分），逐级进阶。同时，2,179 万元的绝对规模相对全国市场（约 67 亿元）仍处萌芽期，B 端窗口刚刚打开，与 7.2.1 调研中“80% 机构希望纳入政府采购”的诉求形成供需双侧呼应。

把单个样本放大到全市场：据陪诊有道《2025 年中国陪诊行业中标市场全景分析报告》，2025 年全国陪诊相关中标项目覆盖 23 个省份，华东地区占 46.5%；项目类型上服务外包类占 54.9%、系统开发类占 25.4%；头部集中效应明显，中标金额 TOP10 机构合计占 35.2%；季节性上 12 月为招标旺季（单月 15 个项目）。报告预测 2026 年中标项目数将达 90—100 个、总金额约 3,000 万元。中小机构单体资质不足时，可以联合体投标、或作为头部机构分包执行方的方式切入 B 端。

2026 年医院采购的机制创新已形成四种范式（详见附录《陪诊服务典型案例库》A 组）：**①零预算采购**——株洲市人民医院以竞争性磋商引入湘医健康，院方不拨付服务费、仅开放场景并负责监管考核，机构自负盈亏，被业内视为“国标落地第一案”（准入三检+订单双向备案+正负清单院内公示+督查退出三位一体）；**②营收分成**——福州市第二总医院统一抽取 15% 服务营收作管理

费，换取持证上岗、双语配置与双保险兜底，三年合约一年一签；**③公益+有偿双轨**——安徽省立医院、杭州市中医院等明确“公益低价+市场化溢价”并行的定价结构；**④平台化建库**——北京新华卓越康复医院等以供应商库五条资质（固定场所、医学背景人员、持证陪诊、三甲资源、应急机制）筛选合作方。对中小机构的含义很直接：四种范式对应四套投标准备，没有“一套标书包打天下”。

7.2.3 第三方大样本互证（协会报告 N=3,865）

样本来源：中国社会福利与养老服务协会、圈地科技（北京）有限公司（蓝豚医陪）联合发布《陪诊服务发展研究报告（2025）》，2025 年 5 月，北京/上海/浙江三地实证调研，覆盖社区、医院、养老机构三类场景，有效样本合计**3,865 份**——社区居民 627 份、医院患者 620 份、陪诊师 215 份、社区工作者及志愿者 323 份、养老机构工作人员 528 份、医院医务工作者 1,552 份。7.2.1 的自有调研（机构 N=39、陪诊师 N=19）样本量有限，本节用这份国家级行业协会的大样本报告做交叉验证。结论：两组独立样本在关键判断上高度吻合，白皮书的核心论断获得第三方实证支撑。

互证点一：陪诊师“证书≠能力”，两个独立样本几乎完全吻合

指标	协会报告 (N=215)	自有调研 (N=19)	互证结论
医学相关专业背景	5.58%（另有护理 11.63%）	5.3%	医学背景占比两组样本几乎一致，“持证率高≠医学能力强”锁死
从业年限	近六成入行不足 1 年（20.00%不足半年+37.67%半年至 1 年）	78.9%为 2024 年后入行	共同验证“行业极新”判断
系统培训覆盖	仅 10%受过专业培训，70%未参加任何培训	应急处理能力自评最低（4.11/5）	培训体系缺失是供给侧最大短板

职业化诉求	83.26%“非常希望”获得官方/行业协会资格认证	94.7%计划长期从事	从业者高度认可职业化方向，国标与认证体系有供给端民意基础
-------	---------------------------	-------------	------------------------------

互证点二：需求侧知晓度/使用率，大样本首次实测

社区居民实际使用率仅 3.51%、医院患者仅 4.68%（详析见第二章“理论需求≠已激活需求”）。这与 7.2.1 调研揭示的“61.5%机构获客成本高”互为因果——需求客观存在但认知未激活，机构只能在极小的已激活盘子里抢客，价格战由此而生。

互证点三：陪诊师画像补充维度

协会大样本还补全了自有小样本看不清的画像细节：陪诊师以年轻女性为主（女性 82.79%，21-40 岁合计超九成）；学历以大专（62.79%）和本科（21.86%）为主——一支“年轻化、女性化、中等学历、非医学背景”的从业者队伍已经成形，人才结构规范化提升的空间与紧迫性同样清晰。

报告视角补充：作为需求侧/场景侧主导的研究，该报告还揭示了两个供给端值得注意的信号——各场景受访者眼中行业首要问题高度一致地指向“陪诊人员不专业”（医院医务工作者 81.09%、社区工作者及志愿者 85.76%、养老机构工作人员 92.80%）；报告同时指出，截至其发布时点（2025 年 5 月），陪诊师尚未纳入《中华人民共和国职业分类大典》，职业认定体系缺位是标准化滞后的制度根源。

数据局限说明：本版报告文件未收录其第四、五章（场景侧专项分析），场景侧数据仅能引用其“四大挑战”章节中的汇总片段；样本区域为北京/上海/浙江三地，与自有调研（上海占比 63.2%）形成地域互补，但向中西部外推仍需谨慎。

7.3 中小机构盈利模式分析

模式	适用主体	价格定位	毛利率	关键成功因素
----	------	------	-----	--------

自营服务（普惠）	小微工作室	80-150 元/半天	50-65%	医院关系、口碑复购
自营服务（标准）	中型机构	180-280 元/半天	40-55%	流量获取、标准化服务
平台抽佣	中型机构（入驻大平台）	150-250 元/半天	20-30%	流量与 SOP
政府购买	小微/中型	80-120 元/半天	30-40%	政策关系、合规资质
会员订阅	中型机构	年均 2,000-5,000 元/人	50-70%	客户粘性、服务差异化

中小机构单店盈利模型（标准店月度盈亏平衡测算）：

以一个二线城市 15 人标准店（自营标准型，客单价 220 元/单）为例：

项目	测算口径	月度金额
收入	盈亏平衡点月单量 × 客单价	350 单 × 220 元 = 7.7 万元
人力成本	陪诊师 10 名（底薪 1,500 元+单均提成约 60 元）+ 调度/客服 2 名 + 店长 1 名	≈5.1 万元（占 66%）
获客成本	私域运营+渠道分成，约占收入 15%	≈1.15 万元
场地/系统/杂费	门店或办公点+调度 SaaS+保险均摊	≈0.8 万元
合规成本	合同/培训/考核/税费	≈0.6 万元
盈亏平衡点	月单量约 350 单（日均 12 单）	—

三个关键结论：①人力成本占比约 66%，人效（陪诊师日均单量）是盈亏的第一变量——日均 1.2 单是生死线，做到 2 单利润率可达 15-20%；②获客成本是第二生死线，从 25%压到 15%，盈亏平衡点可从约 420 单降到 350 单——

这就是 7.2.1 调研中“微信私域 77.1%”成为主流打法的财务逻辑；③**合规成本约占 8%且不可省**，国标后还会上升——提前合规的机构等于用 8%的成本买淘汰赛门票。模型为示意性测算，各城市人力与获客成本差异可达±30%，机构应按本地实际校准。

收入结构的第二把标尺——B 端依赖度〔本节首提，术语体系 L2 层〕：B 端订单收入占机构总收入之比，与本节前文的会员双门槛构成“双指标”体检组合——会员收入占比看 C 端粘性，B 端依赖度看渠道集中度。参照 2025—2026 年中标市场与保司集采结构，30%是成树期门槛（见 8.1 节成长六阶段）：达到 30%，说明机构已具备承接集采与年度框架的履约能力；30%—50%为 B 端支柱区，需以 SLA 条款与账期管理对冲集中度风险；超过 50%则实质转型为 B 端履约商，现金流稳定但定价权与品牌资产旁落，集采流标或框架到期即失速。

7.4 典型机构模式案例（2026）

案例来源：陪诊有道&陪诊学苑《2026–2027 中国陪诊助医生态商业创新发展趋势报告》（2026 年 4 月），基于公开工商信息与行业调研整理。

机构	模式方向	规模/布局	模式要点
橙医健康	连锁品牌	2022 年成立，覆盖 60 城	标准化输出+城市复制，连锁化速度行业领先
爱多邦服务	连锁品牌	2022 年成立，覆盖 36 城	长三角起家，区域密度优先
国融乐养	养老方向	上海，数智健康照护平台	以陪诊为入口打开康养生态：陪诊平台+养老辅具+居家社区+康复医院联动
优优陪诊	大健康方向	上海，进沪就医陪诊头部品牌	专病陪诊（肿瘤/肠道健康/功能医学）+健康管理双轮，2025 年升级 AI 大健康板块
深岚陪诊	医疗方向	线下连锁门店	“前置仓模式”：门店作为订单整合、分发、调度陪诊师的线

			下履约节点
e 康陪诊	SOP 化平台 连锁	覆盖 20 省 40 城，累计服务 30 万人次	五套 SOP 使服务漏项率从 28%降至 5%，获千万级天使 轮融资
澜尘健康	C 端转 B 端	西安 52 名陪诊 师团队零流失	转型六类 B 端客户，布局 19 个社区服务点，B 端订单成现 金流稳定器
大参林	医药零售跨 界	17,000 家门店、 2 万名药师	“医药 + 陪诊”OMO 闭环，巨 头跨界验证赛道价值并抬高竞 争门槛
金萌泰	院延服务	进驻安徽省立医 院	零成本引入、自负盈亏，“公 益 + 有偿”混合运营，院延服 务是低成本获客入口

模式启示：五类样本与 7.5 节“四条路径”建议相互印证——连锁化（橙医/爱多邦）验证“城市合伙人型”的可行性；生态化（国融乐养）是“社区嵌入型”的升级形态；专病化（优优）验证“专科深耕型”的溢价能力；“前置仓”（深岚）则在“平台加盟型”之外提供了线下履约新范式。对中小机构而言，**模式选择比规模扩张更重要**——找准一个业态生态位深耕，是洗牌期的生存前提。增补样本进一步验证另外四条路径：e 康证明“SOP 化平台连锁”可以跨 20 省复制；澜尘验证“C 转 B”转型后的团队稳定性；大参林代表“跨界巨头”的生态位挤压；金萌泰示范“院延服务”的零成本切入。九家样本合看，行业的有效打法已收敛为“连锁化、生态化、专精化、前置仓、SOP 平台、B 转型、跨界、院延”八种原型。

7.5 中小机构发展路径建议（四条路径）

路径	推荐价格带	目标客群	盈利关键
专科深耕型（推荐度 ）	200–350 元	特定病种患者	专科壁垒，高复购
社区嵌入型（推荐度 ）	100–180 元	社区老人	政府合作，走量

平台加盟型	120–200 元	价格敏感型	流量换取，轻资产
城市合伙人型	180–280 元	区域中产	标准化输出，加盟费

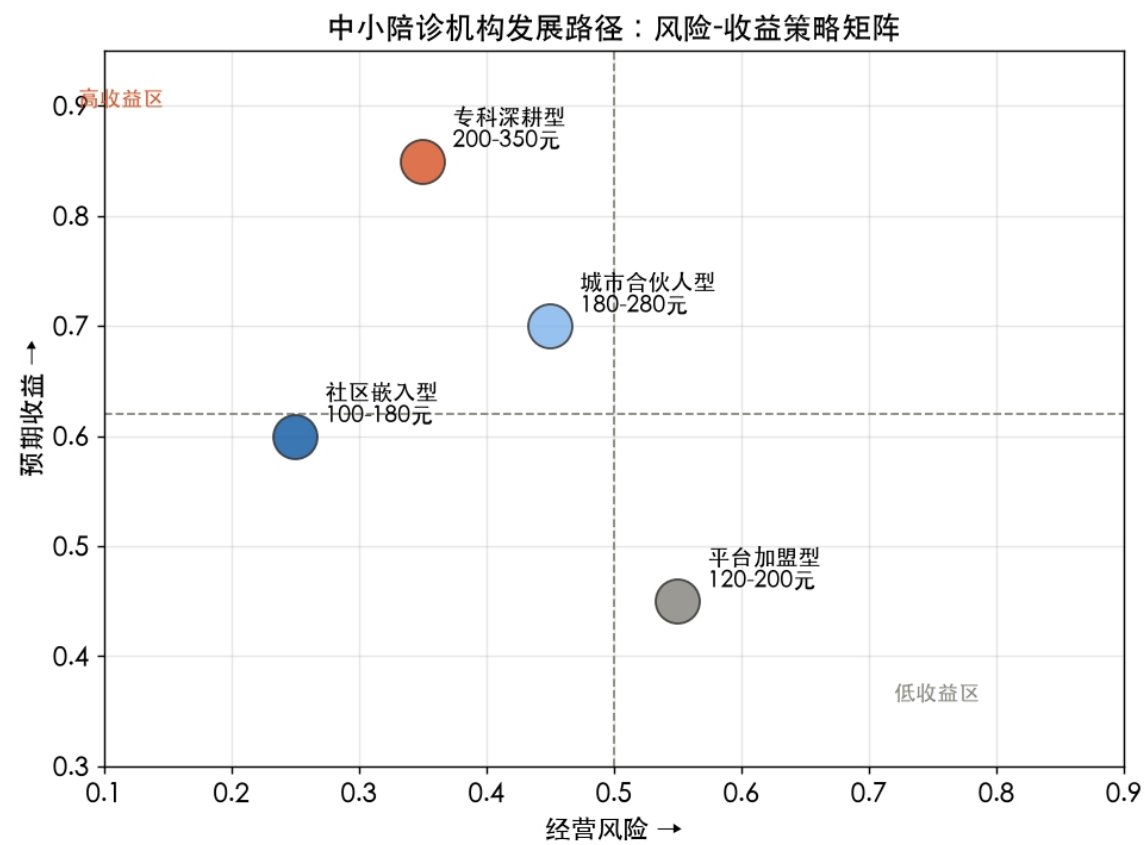


图 7 中小陪诊机构发展路径：风险-收益策略矩阵

7.6 中小机构数字化工具栈

7.2 节的诊断显示，中小机构五大瓶颈中有四个（获客、人效、标准化、合规）与数字化能力直接相关。小微机构（2—10 人）没有专职 IT，数字化只能是“够用就好”的轻量组合。本节给出四层工具栈与成本参考，供直接套用。

层级	功能	主流工具形态	参考成本（估算）
接单调度层	订单录入、派单、陪诊师排班、轨迹打卡	微信小程序+派单 SaaS，或入驻平台接单	SaaS 订阅约 300–1,000 元/月
客户资产层 (CRM)	客户档案、慢病复查周期提醒、复购营销、转介绍	轻量 CRM / 企业微信+标签体系	0–500 元/月

	管理		
服务质控层	SOP 执行记录、现场影像回传、电子回执与评价	表单工具 + 服务记录仪	硬件一次性约 200–500 元/人
财务合规层	电子合同、分账、发票、薪酬结算合规	电子签约平台 + 灵活用工结算平台	按单计费约 1–3 元/单

AI 应用的正确姿势：AI 当前能承担的是“前后台”工作——智能客服初筛咨询、病历与检查单的结构化摘要（须取得客户单独同意，见 10.3 节数据合规）、陪诊师培训题库与考核、回访话术生成；不能承担的是“现场”工作——搀扶、情绪安抚、突发处置必须人到场。这与 13.1 节“技术替代 20–30% 工作量”的判断一致：AI 放大陪诊师人效，而非替代陪诊师。中小机构切忌在 AI 系统上重投入，优先使用成熟 SaaS 的现成 AI 功能；**陪诊服务平台的技术开发，利用成熟的 AI 智能体也可适当降低技术成本支出。**

数字化是承接 B 端订单的前置条件。医院采购（7.2.2 节）、长护险服务包（12.4 节）、保险公司增值服务（12.5 节）都要求服务过程可追溯、可结算——没有电子化服务记录，机构连投标/入库资格都没有。数字化投入的回报不在省人力，而在拿到 B 端入场券。

关键判断：中小机构数字化的原则是“买轻不重造”：年营收 500 万元以下的机构，全套 SaaS 组合年成本控制在 1–2 万元以内即可覆盖四层需求（估算），AI 开发加入可再降低 50% 左右；把省下的钱投到陪诊师培训与服务质量上，投入产出比更高。

7.7 服务链延伸：从单次陪诊到长期照护关系

单次陪诊的单元经济有天然缺陷：获客成本占客单价 15%–25%（7.3 节），交易结束客户即流失。破局思路是把“一次性服务”改造成“周期性关系”，三级延伸路径如下：

层级	服务内容	收费模式	关键门槛
一级：诊前诊后延伸	预约挂号、代取药/代取报告、复诊提醒、异地就医接送	按次 / 包月	无新增资质，现有团队即可覆盖

二级：院后康复陪同	康复训练陪同、放化疗周期全程陪同、术后复查管理	按疗程打包（如 4—8 次打包价）	康复知识培训、与科室建立转介关系
三级：居家照护与会员制	定期上门探访、用药提醒、陪诊+陪护组合、年度家庭健康管家	月费/年费会员制（如 199—599 元/月，估算）	照护类资质边界（见下文）、稳定人才梯队

会员制的财务意义：以 199 元/月的探访会员为例（每月 2 次上门+不限次就医咨询协助+陪诊折扣），100 名会员即贡献约 20 万元/年的确定性收入（估算），且会员订单的边际获客成本趋近于零——这直接改善 7.3 节盈亏模型中最脆弱的获客成本项。但会员制对履约稳定性要求极高，1—2 次失约就可能引发批量退订，只适合服务记录良好、陪诊师留存率高的机构。

服务链延伸的终局是照护服务商。12.4 节已推演长护险支付路径，此处补机构侧动作：重度失能老人的就医陪同需求天然嵌在居家照护场景中，只做陪诊的机构会在 2028 年长护险全国建制时被照护机构“截流”。中小机构宜提前两年卡位：或与本地长护险定点护理机构结盟（陪诊作为其服务包外延），或自培医疗护理员、申请定点资质（门槛：护理员持证、机构备案、信息系统对接）。

延伸的红线：陪诊属于生活服务，照护属于养老/医疗护理服务，两者资质要求不同。未取得相应资质前，不得提供医疗护理操作（换药、注射、导管护理等）；“家庭健康管家”中涉及健康建议的部分必须限定为非诊疗性质（呼应 10.2 节法律/纠纷风险）。

关键判断：陪诊是切口，关系才是生意。单次陪诊赚的是辛苦钱，把客户沉淀为周期性服务对象（复查提醒→疗程打包→会员制→照护服务），才能把客户生命周期价值（LTV）从单次 200 元量级提升到年度 2,000 元量级（推算）——这才是中小机构穿越洗牌期的现金流结构。

陪诊服务平台产品矩阵

序号	陪诊服务	代办跑腿	陪护照护	专病服务	医疗服务	健康服务	养老服务	权益会员服务	电商	知识服务
1	基础陪诊 2/4/8 小时	代开药	院内陪护	肿瘤专病	就医咨询	民营机构体检	轮椅出行	家庭 VIP 陪诊组合套餐	健康类产品电商	医疗陪诊顾问考证
2	尊享陪诊 2/4/8 小时	代问诊	慢病照护	皮肤科	就医规划	公立医院体检	卧床助行	老人 VIP 陪诊组合套餐	医疗类电商	协会系陪诊师考证
3	日间急诊陪诊	代约检查	居家术后照护	消化科	视频医生	AI 健康档案	上门助浴	企业 VIP 陪诊组合套餐	养老类电商	高校系陪诊师考证
4	夜间急诊陪诊	代取报告	康复照护	呼吸科	中医管理	肿瘤患者营养康复	安宁疗护	孕妇 VIP 陪诊组合套餐	泛消费品电商	政策系陪诊师考证
5	专病陪诊	代取药	认知症照护		医护上门理疗	疾病趋势预测		多次陪诊服务权益卡		陪诊师 IP 类培训
6	输液陪诊	代办出/入院	肌无力照护		疫苗预约	健康管理套餐		特需单独科室共创套餐 年/季/月		陪诊创业者类培训
7	心理陪诊	打印病例	慢病照护		互联网医院	减重门诊				
8	接送陪诊	慰问/探望	基础陪护		患者招募					
9	孕妈妈陪诊套餐	送取切片	中级陪护							
10	无痛胃肠镜陪诊	病理服务	高级陪护							
11	人流陪诊		特需陪护							
12	全孕期陪诊		介护助浴							
13	化疗陪诊		助浴清洁							
14	重离子肿瘤陪诊		住家照护 7/15/30 天							
15	长者陪诊									
16	陪诊加时									

	包									
17	透析专项陪诊									
18	异地陪诊									
19	宠物陪诊									
20	非急救转运									
共计	20	10	14	4	7	7	4	6	4	6
声明	制表单位	陪诊有道		信息来源	网上公开信息				总计	85

7.8 人力资源：招聘、培训与留存

第四章测算从业者缺口 83 万-220 万人；协会报告显示医学及护理背景仅占 17.21%、约六成陪诊师上月到手不足 3,000 元。这组数据揭示人力资源的恶性循环：**收入低→优秀人才不进入→服务质量不稳→客单价上不去→收入更低。**

中小机构破解循环的抓手在三个环节：

招聘渠道	人群特征	优势	风险与成本
卫校/护校毕业生	年轻、有医学基础、持证率高	专业背书强、培训周期短	流失率高（把陪诊当跳板），需设计晋升通道
退休医护/药企退休人员	45-60 岁、临床经验丰富	信任度最高、稳定性好	体力有限，适合门诊陪同类轻体力单
家政/养老护理员转型	有照护经验、能吃苦	与照护延伸业务（7.7 节）协同	医疗知识薄弱，需系统培训
跑腿/外卖/网约车从业者	熟悉城市路线、时间灵活	即战力、接单效率高	服务意识与合规意识需重建

培训：参照 T/CASWSS 041—2025《老年陪诊服务规范》的培训要求，零基础学员到独立上岗约需 80-120 学时（理论+跟单实训），单人培训综合成本约 2,000-4,000 元（含师资、教材、带教补贴，估算）。建议建立“理论考核+跟单 10 单+独立首单复盘”的三段式上岗流程，考核记录留档——既是质量管理需要，也是纠纷发生时的举证材料（呼应 10.3 节）。

留存：关键不是底薪，而是“可预期的收入曲线”。7.3 节模型下（底薪 1,500 元+单均提成约 60 元），全职陪诊师月到手约 4,000–6,000 元（日均 2 单），处于协会报告收入分布的中上水平，但仍缺乏吸引力。可改善的杠杆：
①订单倾斜机制——好评率高的陪诊师优先派高价单；②技能溢价——持证医护背景陪诊师承接高端档订单、提成比例上浮；③职业阶梯——陪诊师→组长→站长→城市合伙人（对应 7.5 节发展路径）；④社保合规——五险一金既是筛选“长期主义者”的过滤器，也是 2026—2027 年监管趋严下的合规底线。

关键判断：人才是中小机构唯一不可速成的壁垒。获客可以投流、系统可以买 SaaS，但一支稳定、持证、有口碑的陪诊师队伍只能靠 18–24 个月的持续投入养成。在 8.2 节洗牌期，人才留存率将是区分“活下来的机构”与“退出的机构”的第一指标。

7.9 获客渠道实操手册

2.4 节已明确“信任是转化主瓶颈”，本节把获客拆到渠道操作层。**总原则：中小机构获客的优先级是——转介绍>线下节点>短视频>平台投流。越靠后越像“租流量”，越靠前越是“攒资产”。**

渠道	操作要点	红线与禁忌	参考指标（估算）
转介绍	服务结束 24 小时回访时发起；老带新双向激励（如双方各得 30 元服务券）；转介绍客户优先安排固定陪诊师	不返现只返服务；不骚扰式请求	转介绍率≥20% (2027 年目标 30%)
线下节点	医院社工部/导诊台合作备案；社区养老服务中心驻点；药店、诊所异业合作	不在诊疗区揽客、不冒充医院人员、不承诺挂号	单节点月均导流≥5 单
短视频	账号定位“陪诊师日常”人设；内容三类：服务过程（去标识化且经客户同意）、就医知识科普、资质与团队展示	不泄露客户隐私（10.3 节红线）、不提供诊疗建议、遵守平台医疗内容审核规则	留资成本、咨询转化率
平台投流	仅在旺季（体检季、开学季）小预算测试；落地页突出资质与真实案例	不设“保证挂到号”类承诺；投流预算≤总获客费用 30%	获客成本≤客单价 25%

私域沉淀：所有渠道流量统一沉淀到企业微信——客户标签体系（疾病类型/复查周期/付费人关系）、复查提醒自动化（7.6 节 CRM）、朋友圈内容“三三制”（服务记录/就医知识/资质展示）。私域是中小机构对抗流量成本上升的唯一护城河：2026 年起，一个私域客户的复购边际获客成本趋近于零（推算）。

渠道三年剧变值得复盘：2023 年抖音、视频号清理陪诊导流内容，2024 年小红书批量下架陪诊笔记，同年 11 月私信功能收紧——“短视频种草—私信转单”的黄金通路在 18 个月内基本被封堵。澜尘健康 30 万粉丝账号被封的教训表明：把获客命脉交给单一公域平台，等于把店开在别人的地盘上。替代通路正在浮现：袋拉拉取袋机等线下医疗场景广告（用户触达率 88%）是精准触达的新入口；“转单群”同行互推则需警惕 20%—30% 的抽成侵蚀利润。本书的建议不变：公域做品牌露出，私域做复购与转介绍，渠道组合永远多于两条。

7.10 财务规划工具：启动资金、三情景与现金流

7.3 节给出单店盈亏模型，本节补齐经营指导所需的另外三块财务拼图。

① 启动资金测算（10 人机构，估算）：

项目	金额	说明
注册与合规开办	1-2 万元	注册、服务协议律师审拟、首年双保险
数字化工具栈	1-2 万元/年	四层 SaaS 组合（7.6 节）
首批陪诊师培训	1-2 万元	5 人×2,000-4,000 元（7.8 节）
场地与设备	2-4 万元/年	小型办公点+记录仪等硬件
爬产期亏损垫资	8-15 万元	按 6-9 个月爬产、月净亏 1.5-2 万元估算
合计	约 13-25 万元	不含创始人薪资

② 三年三情景财务规划（推算）：

情景	2026	2027	2028	关键假设
保守	月均 300 单，盈亏线下徘徊	月均 450 单，微利	月均 600 单+B 端破冰	长护险进度低于预期，纯 C 端运营
基准	年末达 350 单/月	月均 550 单，会	月均 800 单，B 端	按 13.2 节趋势正

		员 100 名	占 25%	常演进
乐观	年中即达 350 单/月	月均 700 单，B 端占 20%	月均 1,200 单，照护延伸占 15%	提前拿下保司/街道框架协议

③ 现金流三条铁律：安全垫——现金储备 ≥ 3 个月固定成本（2027 年起 ≥ 4 个月）；账期红线——B 端应收账款 $<$ 月营收 1.5 倍、单一大客户收入占比 $< 40\%$ ；垫资禁令——代付医疗费一律不垫，挂号费等小额代付须当日结清并留痕。现金流断裂是 8.5 节死因四：三条铁律任意一条连续两个月失守，即启动收缩。

④ 定价与调价机制：定价锚定第三章客单价分层（普惠 60–150 元/标准 180–280 元/高端 350–600 元），新机构从标准档下沿切入。满足三个条件方可涨价 5–10%：复购率 $\geq 30\%$ 、好评率 $\geq 95\%$ 、陪诊师供给紧张（人效 ≥ 2.0 单/人/天）；任一项不达标即不涨价。涨价优先作用于新客与高端档，老会员锁价 12 个月。

7.11 组织成长路径与合伙人机制

阶段	规模	关键岗位设置	管理要点
初创期	2—10 人	创始人兼任调度与质检；陪诊师全员直管	先把 SOP 跑顺再谈扩张；每周复盘会
成长期	10—50 人	增设专职调度、组长（1 带 5—8 人）、兼职质检、1 名培训师	授权顺序：先派单权、再定价权、最后人事权；SOP 手册化
区域期	50 人以上/多站点	站长制+总部三职能（调度中心/质检/培训）	站点独立核算；适时启动城市合伙人

城市合伙人参考结构（估算）：总部输出品牌、系统、培训与质控标准，合伙人出资并负责本地运营；分账参考——总部抽成订单流水 10–15%，或“年度加盟费+流水抽成 5–8%”。三条权责边界必须写进协议：客户数据归属总部系统；服务标准与保险由总部统一；退出时客户名单交接与竞业约定。合伙人制只在单城模型连续 12 个月盈利后开放（8.5 节死因五）。

第八章 中小陪诊机构生命周期动态

核心问题：国标落地后，谁退出、谁活下来、谁壮大？

行业前史（2006—2023）：一轮已经走完的资本周期。陪诊服务 2006 年首次进入大众视野（《中国商报》2006 年 11 月专门报道），早期服务对象以异地就医患者为主，获客靠医院门诊蹲守。2015 年前后 O2O 浪潮中，e 陪诊、贴心小护等平台化机构曾拿到千万级天使投资，但因需求不足、资质/收费/规范三大瓶颈无解，多数平台先后退场或转型——**陪诊相关企业新增注册量从 2017 年的 63 家一路滑落至 2021 年的 16 家（谷底）**。直到 2022 年，老龄化深化、医院学科细分、异地就医常态化三重压力把这一“睡眠业态”重新唤醒：当年新增注册企业反弹至 152 家，超过此前历年总和；2024 年起进入企业创业潮。（数据来源：《陪诊服务发展研究报告（2025）》，统计口径为企业名称含“陪诊”的新增注册量）**理解这一轮完整的“萌芽→资本热→盘整→需求唤醒”周期，才能理解 2024—2026 年第二轮热潮与 2015 年的本质不同：这一次是需求驱动，不是资本驱动。**

行业新史（2024—2026）：从爆发到出清。据陪诊有道研究院企业注册监测：陪诊相关新注册企业 2022 年 352 家、2023 年 480 家、2024 年 201 家、2025 年 246 家；2024 年另有“203 家”“148 家”两说，分别为统计口径差异与 1—10 月阶段性数据，全年口径为 201 家。2026 年 1—3 月新注册分别为 20 家、2 家、24 家，创业热度明显回落。累计注册 1,723 家中已注销 457 家，注销率约 25%，广东等先发地区注销率约 22%。与注册曲线并行的是平台侧内容整治：2023 年 7 月抖音、视频号清理陪诊导流内容，2024 年下半年小红书批量下架陪诊笔记，2024 年 11 月私信功能收紧——“公域种草—私信转单”的获客通路被系统性压缩，行业由流量驱动转入资质与服务驱动。

8.1 中小机构生命周期轨迹（2024—2030）

小微工作室：2024 年约 800 家 → 2026 年约 1,500 家（峰值）→ 2027 年约 1,000 家（约 500 家退出/转型）→ 2030 年约 700 家（成熟生态位）。

中型区域机构：2024 年约 150 家 → 2026 年约 400 家 → 2027 年约 600 家（零退出）→ 2030 年约 1,400 家（市场格局初定）。

关键转折点：2026 年 11 月国标实施后，约 1/3 小微工作室因无法承担合规成本（系统、保险、合同）退出，部分转型为中型机构合伙人或平台签约服务商；**中型机构是国标实施后的“最大赢家”。**

机构个体的成熟度标尺——中小陪诊机构成长六阶段〔本节首提，术语体系 L3 层〕：上述轨迹是行业共享的时间轴，机构个体还需要一把成熟度坐标。本书将其命名为“成长六阶段”：种子期→萌芽期→幼苗期→扎根期→成树期→出圃期。阶段边界全部锚定本书已发布的量化数字，不新造口径：四阶分界即 7.10 节 350 单/月盈亏线，四阶门槛即 7.3 节会员双门槛，五阶门槛即 B 端依赖度 30%，六阶“出圃”即移出 7.1 节中小机构定义的上限之外。

阶段	名称（核心任务）	量化边界（满足其一即进阶）	阶段核心任务
一阶	种子期（筹建）	已注册、尚未开单	资质合规、SOP 搭建、首批陪诊师招募培训
二阶	萌芽期（跑通）	月单 < 100 单	创始人亲自跑单，跑通“获客—交付—回款”闭环
三阶	幼苗期（求生）	月单 100—350 单	逼近 350 单/月盈亏线，现金流优先于规模
四阶	扎根期（卡位）	月单 ≥ 350 单，且会员 ≥ 100 名、会员收入占比 ≥ 15%	复购体系、专病产品、渠道壁垒
五阶	成树期（承接）	月单 ≥ 800 单，或 B 端依赖度 ≥ 30%	承接长护险/保司集采/医院外包，区域密度优先
六阶	出圃期（毕业）	形成跨省直营网络或平台化调度	移出中小机构范畴，完成“毕业”

注：六阶段与 14 章“生存年—卡位年—承接年”的关系——14 章是行业日历（所有机构共享的时间轴），六阶段是机构个体的成熟度轴；与 16.2 节陪诊师五级分级组合，构成“机构×人员”双轨分级体系：机构诊断先定阶段，再配置对应等级的陪诊师队伍。

8.2 2026—2027 年洗牌期转型流向

类型	洗牌前（2026 年末）	洗牌后（2027 年末）	变化
个人散工	约 25 万人（占从业人数约 92%）	约 15 万人（占从业人数约 88%）	大量退出
小微工作室	约 1,500 家	约 1,000 家	部分消失/转型
中型机构	约 400 家	约 600 家	新增+升级
大型平台	约 50 家	约 65 家	新增

注：个人散工按人数计、机构按家数计；表里约 92%/88%为个人散工占全部从业人数的比例，机构按家数列示，不设人数占比。

核心发现：洗牌期完成了一次“自下而上”的出清和“自上而下”的整合。退出者集中在底部（个人+小微），受益者集中在中上部（中型+平台）。

机构问卷（N=39）给出了洗牌期的微观快照：2025 年明确盈利的仅 35.9%，盈亏平衡 33.3%，亏损 17.9%；盈利面与规模强相关——年订单 500 单以下机构（13 家）中仅 2 家盈利，千单以上机构盈利面显著改善，印证“350 单/月盈亏平衡线”的规模门槛效应。但需求侧仍在扩张：可测算的 35 家机构 2026 年上半年年化订单增速中位数约 40%，仅 2 家负增长——洗牌洗掉的是供给效率，不是需求。

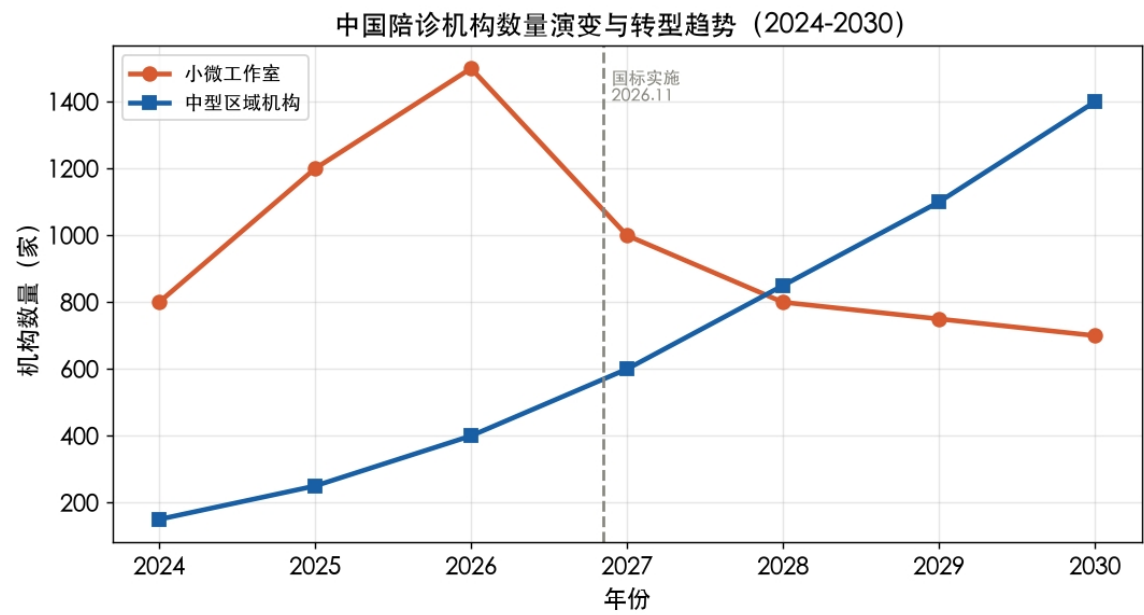


图 8 中国陪诊机构数量演变与转型趋势（2024-2030）

注：行业节奏与机构动作的对应关系——2026—2027 年洗牌期对应机构“生存年/卡位年”（见 14.1、14.2 节），2028 年后对应“承接年”（见 14.3 节）；图中机构数量曲线为基于工商注册与注销数据的趋势示意（推算），原图无公开源数据，故未在图上标注精确数值。

8.3 五大业态终局与战略卡位

来源：《2026–2027 中国陪诊助医生态商业创新发展趋势报告》终局推演，本书按中小机构视角做了取舍解读。

业态	核心定位	关键要素	主要风险
平台型服务商	行业“水电煤”：数字平台连接海量用户与服务方，制定规则、抽佣盈利	资本实力、技术研发、规模化运营、品牌公信力	前期烧钱培育市场；同质化竞争；海量服务者品控难度极高
流量生态赋能者	巨头“生态棋子”：依托支付宝、微信、保险 APP 等超级入口嵌入陪诊模块	母体流量规模、场景契合度、与主业的数 据协同	服务深度有限易被替代；战略优先级随时调整，独立性弱
院延服务运营商	医院“官方服务臂膀”：与 1–3 家医院深度绑定，承包/共建院内陪诊服务中心	排他性医院渠道、院内流程极致理解、合规运营	高度依赖医院关系，拓展性差；定价与流程受院方制约
专精型机构	一城一垂直的“专业解决方案专家”（肿瘤、儿科、术后康复等）	垂直专业知识、卓越服务体验、本地资源网络	市场规模有天花板；品牌建设周期长
独立执业者	“超级个体”：个人品牌+专业口碑的贴身服务	个人专业素养、共情沟通、个人 IP 运营	规模不经济；抗风险能力弱

对中小机构的启示：中小机构的主战场在“专精型机构”与“院延服务运营商”两个业态——前者拼专业深度，后者拼医院资源。**避开与平台型、流量型巨头的正面流量战，在细分生态位建立不可替代性，是洗牌期（8.2 节）活下来并壮大的关键卡位。**院延模式已有落地样本：广州医科大学附属第二医院 2026 年

3 月以竞争性磋商采购陪诊服务，采用“管理费率≥10%”的分成模式（解剖见 7.2.2 节）。

院延业态的需求侧动因同样有大样本实证：《陪诊服务发展研究报告

（2025）》显示，92.66%的社区居民倾向选择提供陪诊服务的医院；医院患者中，80.65%表示若医院提供陪诊服务，复诊再选该院的概率在 80%以上。陪诊服务已成为影响患者就医选择和复诊忠诚度的显性变量——对医院而言，引入陪诊不只是“便民服务”，更是患者留存与口碑竞争的经营工具。这是医院愿意为陪诊服务开放场地、流程乃至分成合作的底层逻辑，也是院延运营商谈判桌上最有力的筹码。

全市场光谱的类比命名——市场九类玩家〔本节首提，术语体系 L1 层〕：五大业态是终局推演；对当下市场从塔尖到底座的全光谱，本书再给出一套类比命名，让从业者一句话完成对号入座。

类比命名	业态本质	代表样本	对应本书概念
“大厂”型	全国性自营平台：自有 APP、调度系统、培训体系，跨省直营	e 康陪诊（20 省 40 城）	塔尖；平台型服务商
“滴滴”型	撮合派单平台：陪诊师非雇员、抢单/派单、抽佣 20%—30%	各类派单 APP、转单群	塔尖；流量生态赋能者
“跨界大牌”型	医药零售/保险/养老巨头自带门店与流量降维进入	大参林（17,000 家门店）	巨头跨界样本
“国家队”型	国资/险资背景，承接政府购买服务与长护险项目	国融乐养	养老生态样本
“链家”型	区域连锁直营：门店+全职团队+标准化服务	橙医健康（60 城）、爱多邦（36 城）	塔身上部；连锁化原型
“院边店”型	绑定 1—3 家医院的院延服务商，驻场或半驻场	金萌泰（安徽省立医院）	院延服务运营商
“专卖店”型	一城一垂直的专精机构：肿瘤、儿科、术后康复等	优优陪诊（专病陪诊）	专精型机构
“夫妻店”型	3—10 人小微工作室，熟人转介绍为主	塔基 800—1,500 家主体	塔基

“网约车司机”型	独立执业者：个人 IP+平台接单，无组织归属	底座 5 万—30 万人	底座；独立执业者
----------	------------------------	--------------	----------

注：“链家”“院边店”“专卖店”“夫妻店”四型即本书定义的中小陪诊机构（塔身+塔基）；“大厂”“滴滴”“跨界大牌”“国家队”在定义之上（已出圃）；“网约车司机”型在定义之外（不是机构）。从业者说“我们是院边店型，不跟‘滴滴’型卷流量”，一句话完成定位声明——这套命名的价值在于把行业沟通成本降到最低。

8.4 竞争格局与替代者分析

8.3 节给出五大业态的终局判断，本节补上竞争分析的另一半：替代者。中小机构真正的威胁往往不是同行，而是“不用你也能解决问题”的替代方案。

替代者	替代逻辑	威胁度	覆盖范围与软肋	中小机构对策
医院官方陪诊/志愿服务	公益属性，信任度天然最高	中	限于院内、时段有限，多数仅覆盖高龄独居、残障等特殊人群	错位承接院外、诊后、异地场景；与医院社工部合作转介
互联网平台陪诊入口	流量与补贴优势、标准化下单体验	高（一、二线城市）	以标准档订单为主，深度服务与区域关系弱	避开正面流量战，深耕区域熟客与 B 端；或入驻平台“借流量”并沉淀私域
家政/养老机构外延	既有客户信任关系，照护场景自然延伸	中	居家场景强、医疗场景弱	以医疗专业性（就诊动线、医患沟通）筑差异
陪诊师“飞单”私接	绕过机构直接服务熟客	高（内部威胁）	针对机构存量客户	以订单分配权、保险保障、培训晋升留人；协议约定竞业与保密（10.3 节）

五力小结：现有竞争（五大业态内部）强度中等——市场满足率仅约 5%，远未到存量厮杀阶段；替代品威胁中高——医院官方服务与平台分流标准档订单；新进入者威胁高——注册门槛低，洗牌期每天都有新玩家进入；供方议价能力高——陪诊师稀缺且可飞单；买方议价能力低——子女为父母买单，价格敏感度低。这是一个“两头挤中间”的结构：机构被上游人才和下游流量同时挤压，唯一的护城河是区域信任密度。

关键判断：**中小机构的生态位公式=区域深耕（医院关系+社区渗透）×信任资产（资质+案例+评价）×支付方接口（长护险/商保/企业）。**三者齐备的机构不惧平台降维；三者皆无的机构会在 2026—2027 年洗牌期被出清（呼应 8.2 节）。

2026 年最值得单列的替代者是 AI 数字陪诊：华西医院“皮西西”覆盖 57 个临床科室、270 余诊间，累计服务超 85 万人次、月均 10 万人次，语义识别准确率超 95%；京东卓医 AI 就医管家累计服务超 500 万人次；阿里“安诊儿 3.0”覆盖 10 个核心节点 37 项服务。这个量级是人工陪诊无法企及的。但上海仁济医院的“AI 陪诊码”给出了人机分工的范本：AI 全程陪伴（路线导航、候诊提醒、报告解读），人工精准补位（“浦老惠”平台匹配持证陪诊师一对一执行当天任务），隐私上“最小授权、随时中止、按次扫码”。判断：AI 吃掉的是导航、提醒、解读等标准化环节，反而放大了人工在搀扶、安抚、应急、医患沟通上的不可替代性——“AI 打底、人工补位”的双层结构是行业终局形态之一，中小机构的正确姿势是把 AI 当降本工具（智能客服、路线规划、报告整理），而不是当对手。

8.5 失败机构归因分析

8.2 节描述洗牌期的宏观流向，本节从微观解剖退出机构的死因。基于行业公开信息与 7.2.1 节调研访谈的交叉印证，洗牌期退出机构的归因集中于五类（按出现频率排序，定性判断）：

死因	机制	早期信号
获客成本失控	依赖单一投流渠道（信息流广告/平台竞价），获客成本占客单价超	获客占比连续 3 个月超过 25%（7.3 节模型警

	40%，单量越大亏损越大	戒线)
人才流失与飞单	核心陪诊师带走熟客自立门户或私接，机构客户资产归零	陪诊师月均留存率<90%、无协议约束
合规事件击穿信任	一次服务纠纷（财物、隐私、人身安全）经短视频发酵，区域口碑崩塌	无保险、无服务记录、无应急预案的“三无”运营
现金流断裂	B 端账期（医院/保险 60—90 天）与 C 端垫资（代挂号费、代缴费）双重占款	应收账款超过月营收 1.5 倍
盲目跨区域扩张	单城模型未验证就复制到新城，管理半径失控（呼应 7.2.1 节“跨区域复制难”瓶颈）	新城市站点 6 个月内未达盈亏平衡单量的一半

五类死因的共性：把陪诊当成流量生意，而非信任生意。流量生意的打法是“烧钱买规模”，信任生意的打法是“攒口碑换复购”。2015 年 O2O 浪潮中退场的平台死于前者（8.1 节行业前史），2024—2026 年第二轮热潮中的出局者正在重演同样的错误。

关键判断：洗牌期最危险的并非“没有钱赚”，而是“用错模型赚钱”。中小机构每月对照上表五个早期信号自查一次，比看任何行业预测都有用。

自查项	达标线	本月实际
获客成本占客单价	≤25%	
全职陪诊师留存率	≥90%	
合规三件套（责任险+服务记录+应急预案）	三项全有	
应收账款	< 月营收 1.5 倍	
新站点爬坡	6 个月达盈亏平衡单量 50%	

注：本卡可打印张贴，每月经营分析会逐项填写；任一项连续两个月亮红灯，按 8.5 节对应死因的处置建议立即行动。

第九章 区域差异分析

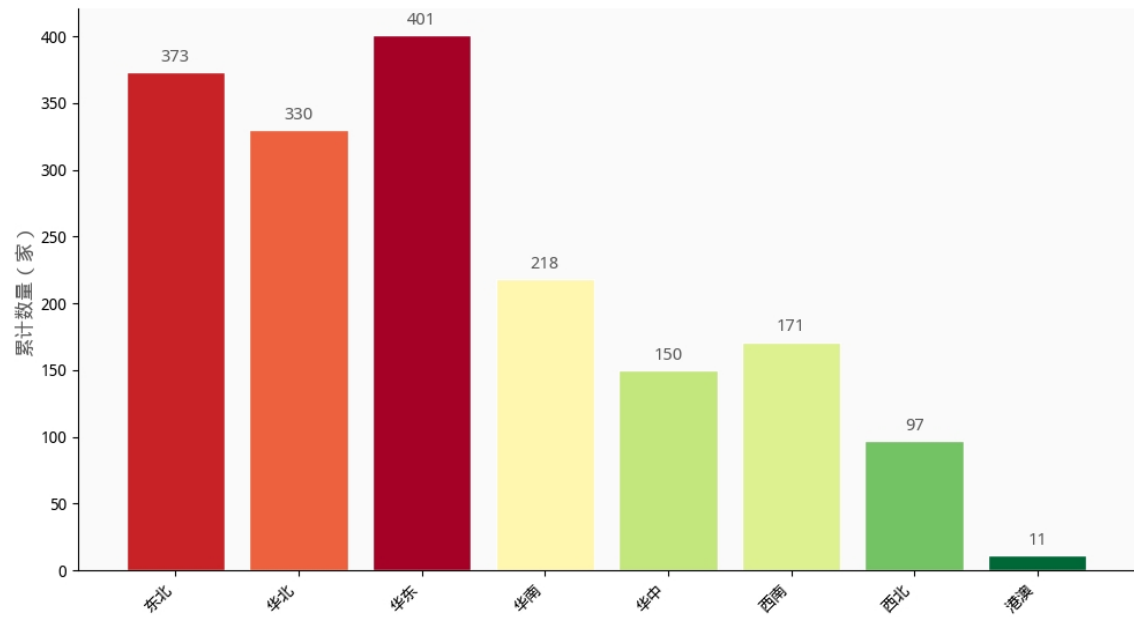
核心问题：去哪座城、做什么价位最有胜算？

9.1 七大区域市场梯度

区域	60 岁以上人口 (估算)	老龄化率	三甲医院 (估算)	市场特征
华东	~6,200 万	22.80%	~350 家	经济发达，支付能力强， 市场最成熟
华北	~4,800 万	20.50%	~280 家	北京医疗资源全国顶尖， 辐射周边
华中	~3,800 万	21.50%	~120 家	武汉、长沙为区域中心， 潜力大
西南	~4,354 万	22.00%	~150 家	成都为西南医疗中心，区 域辐射强
东北	~4,700 万	25.50%	~180 家	老龄化最严重，人口流 出，需求刚性
华南	~3,300 万	18.50%	~200 家	广东经济强，但老龄化相 对较低
西北	~2,100 万	19.00%	~80 家	医疗资源稀缺，市场待开 发

注：分区 60 岁以上人口为估算口径，合计约 2.93 亿人，低于全国总数（3.23 亿人），差额来自估算取舍与四舍五入；本表用于区域相对梯度判断，精确分区数据以国家统计局为准。

各区域陪诊市场发展规模



区域成熟度的动态标尺——出圃率〔本节首提，术语体系 L2 层〕：区域内年度“毕业”机构数（形成跨省直营网络、平台化调度能力或年营收超 500 万元）÷区域内中小机构总数。梯度表看静态体量，出圃率看动态流速：出圃率长期过低，说明区域市场缺乏成长通道，机构长不大；出圃率骤升，意味着区域格局开始集中化，留守机构要么卡位细分生态位、要么并入头部体系。首个可算口径将随年度机构注册与注销数据发布（跟踪项见附录《数据与政策跟踪清单》）。

9.2 区域进入策略矩阵

区域	城市代表	半天客单价	主力价格带
华东	上海、杭州、南京	280-450 元	标准+高端
华北	北京、天津	350-600 元	标准+高端
华南	广州、深圳	220-380 元	标准型
西南	成都、重庆	180-300 元	普惠+标准
华中	武汉、长沙	150-280 元	普惠+标准
东北	沈阳、哈尔滨	120-220 元	普惠型
西北	西安、兰州	100-200 元	普惠型

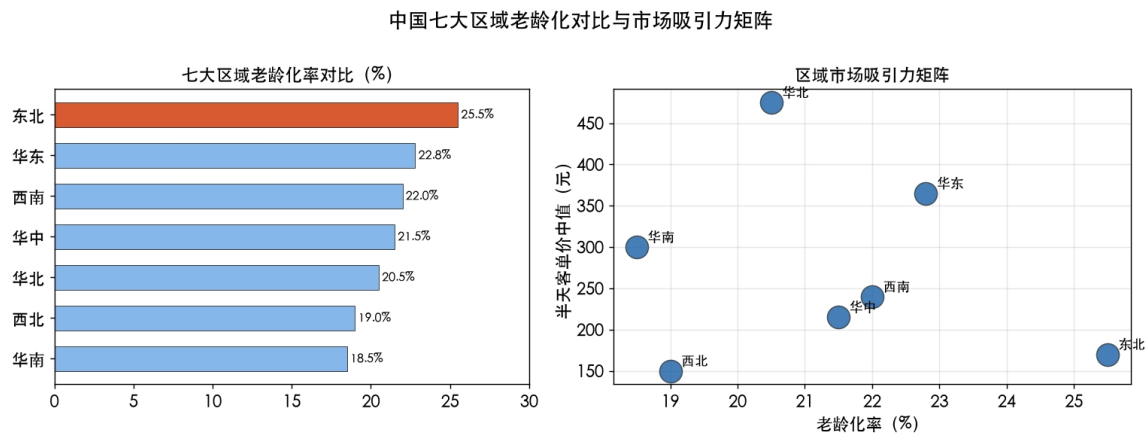


图 9 中国七大区域老龄化对比与市场吸引力矩阵

9.3 区域标杆：上海试点实证（2025–2026）

上海是全国陪诊助医政策进程的“风向标”：2023 年市政协提案《优化陪诊服务》→2024 年杨浦区陪诊服务联盟成立、团标发布→上海市民政局、卫健委联合印发《上海市老年人助医陪诊服务试点方案》（全国首个红头文件）→浦东、杨浦、松江、徐汇、长宁、普陀、静安、虹口、黄浦等区开展试点。

试点效果一手数据（2026 年 1—7 月）：

指标	数据	含义
浦东接单量	超 1,200 单	政务平台背书后需求快速释放
杨浦接单量	900 单	“区－街道”民政对接模式跑通
线下咨询转化率	超 80%	政府信任背书显著降低决策门槛
子女下单占比	超 80%	异地子女为父母购买是主力场景，验证“代际转移支付”逻辑

配套机制同步跟进：专业陪诊服务纳入上海市养老服务补贴范围；嘉定探索“养老院+互联网医院+陪诊 O2O”医养智慧陪诊；静安区推出“静邻医路通”公益行动（800 人次免费陪诊，单次价值 238 元）；华东医院医疗陪诊适配性标准研究已列为上海市卫生健康标准预研制项目，地方标准出台在即。

试点运营实态（截至 2026 年上半年）：全市已有 1,203 名持证陪诊师在 11 个试点区上岗；杨浦区 514 名陪诊师累计服务超 8,000 单。定价方面，试点指导

价为 2 小时 120—180 元、4 小时 200—300 元，浦东新区执行 198—280 元两档；民政部门负责人公开表示“一次陪诊两三百元，由子女线上下单代购的更多”。但供需两侧存在明显温差：浦东全区持证陪诊师约 500 人，月均实际需求仅 200—300 单；有媒体报道学员花费 1,780 元考取证书后长期接不到单一——“考证热、订单冷”是试点期最真实的结构性矛盾，也给全国各地的培训热敲响警钟。

把供需温差量化——证单比〔本节首提，术语体系 L2 层〕：区域持证陪诊师数÷区域月均陪诊单量，大于 1 即供给过剩。按上文浦东数据测算：证单比≈500 名÷（200—300 单/月）≈2:1，即约两名持证陪诊师分一单的月需求，“考证热、订单冷”由此从观感变成可追踪的数字。对各地试点主管部门，证单比是最简明的培训热预警器——比值持续大于 1.5，新增培训补贴就应当踩刹车；对机构，选址时查证单比比数持证人数更可靠：持证多的地方，不一定有单。

对全国的意义：上海模式验证了“政府搭台（红头文件+补贴）→信任背书（转化率 80%）→需求释放（单量爆发）”的政策传导链，为第十一章 P0 级政策建议（出台管理办法、纳入长护险/养老补贴）提供了已落地的样本。（数据来源：《2026—2027 中国陪诊助医生态商业创新发展趋势报告》）

制度身份的里程碑正在加速累积：上海市《银发经济统计分类（2025）》将陪诊服务纳入统计目录（代码 0830）；2026 年起上海对陪诊师职业技能培训给予 A 类补贴 1,000 元（职业编码 4-10-01-Z1）。成都落地全国首个陪诊服务标准化体系统一考试；北京东城区“陪医无忧”平台接入 1 万余名陪诊师，平均响应时间 28 分钟；南京鼓楼区组建 300 名陪诊师队伍；合肥庐阳区 9 家机构备案运营。标准层面，《上海市智慧陪诊服务规范》地方标准已立项，民政部行业标准同步征求意见——陪诊从“市场自发业态”到“制度认可职业”的转身，在 2025—2026 年基本完成。

上海试点本身也在升级：试点范围已从 2025 年初方案的 9 个区扩展至 11 个区；2026 年 7 月 1 日《关于全面推进老年助医陪诊服务的方案》正式实施，明确持证上岗、机构备案准入、明码标价三项硬要求，提出到 2030 年实现全市老年助医陪诊服务充分供给。截至 2026 年 6 月，全市持证陪诊师超过 1,700 人（媒体口径，机构转述）。从“试点方案”到“全面推进方案”的措辞变化，标

志着上海模式完成立法化转身——对全国的意义在于：试点城市名单之外的城市，可直接引用上海方案作为本地立规的模板。

9.4 县域下沉市场专题

9.1 节的七大区域分析止于省级城市群，但中小机构真正的主战场可能在县域。第七次全国人口普查显示：乡村 60 岁及以上人口占比 23.81%、65 岁及以上占 17.72%，分别比城镇高出约 8 个和 6.6 个百分点——县域老龄化更深；同时县域空巢、留守老人比例高，子女异地务工是最普遍的家庭结构，恰好对应 2.4 节“异地子女远程下单”的核心场景。

维度	县域市场	一、二线城市	经营含义
需求场景	县医院首诊→省市医院转诊陪同是特色刚需；复诊取药高频	院内陪诊为主，场景多元	把“转诊陪同”做成拳头产品（含交通、住宿衔接）
客单价	普惠档 60-150 元为主	标准档 180-280 元为主	县域走量，靠复购与转介绍摊薄获客成本
竞争格局	几乎无机构化供给，仅个体“号串串”与熟人帮忙	五大业态齐备、平台渗透	先入场者享受 2~3 年无竞争窗口期（推算）
获客渠道	熟人社会：乡镇卫生院、村医、药店、村委会是关键节点	短视频+平台+医院场景	获客成本极低，但信任建立靠“线下节点背书”
人才供给	退休乡村医生、卫生院退休护士、返乡青年	卫校毕业生、退休三甲医护	人才成本低，但需自建培训（7.8 节）

单县市场容量测算示例（推算）：以一个 60 万人口的普通县为例，60 岁以上人口约 12 万—15 万人；按第二章模型折算，年陪诊理论需求约 2 万—3 万人次，按当前全国约 5% 的激活率对应 1,000—1,500 单/年，市场规模约 10 万—20 万元/年——单个县养不活一家机构，但一个“1 名调度+N 名兼职陪诊师”的

轻资产站点可以达到盈亏平衡；真正的机会在于以县域站点为网络节点、覆盖周边 3—5 个县形成区域密度，年营收可达百万级（推算）。

县域风险同样明确：支付能力天花板低、长护险在县域的待遇标准可能低于城市、人才梯队薄（一名核心陪诊师离职即伤筋动骨）。县域打法的关键词是“轻”——轻资产、轻人力、重节点关系。

关键判断：县域是中小机构避开平台竞争的蓝海侧翼：平台下沉慢（订单密度不足以支撑平台模型）、巨头看不上（单县体量小）、本地缺供给。但县域只奖励“低成本运营模式”，把一、二线城市的重模式搬下去必死。

下沉市场的价格实证：福建龙岩的社区民生服务样本显示，县域陪诊取药、代取报告等轻资产服务的成交价为半天 80—150 元，约为一、二线城市半天价（120—300 元）的六折——与本节“县域定价低于城市”的判断一致，也提示县域机构必须靠复购与转介绍摊薄获客成本，单次毛利撑不起付费投流。

第十章 风险评估

核心问题：中小机构脚下的雷有哪些？

10.1 六大风险维度评分

六大风险维度评分：政策/监管、支付/财务、法律/纠纷、人才/供给、信任/声誉、竞争/挤压，雷达图如下。

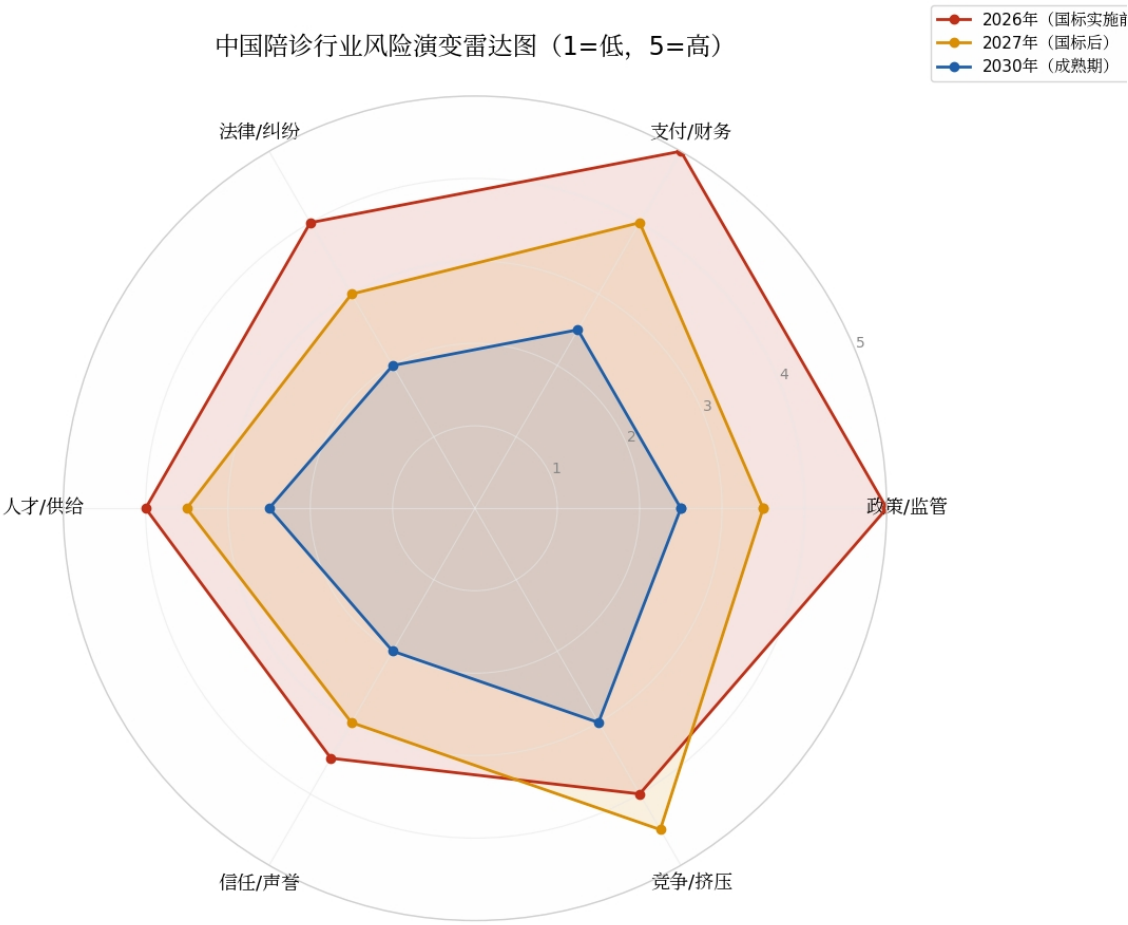


图 10 中国陪诊行业风险演变雷达图

10.2 中小机构核心风险详解

- **政策/监管风险（当前最高）：**国家层面尚未确立牵头主管部门；陪诊师未纳入《职业分类大典》；以陪诊为名行“号贩子”之实。影响：个人散工 5/5、小微工作室 4/5、中型机构 3/5。

- **支付/财务风险（最大瓶颈）**：医保零覆盖，商保缺位；自费>95% → 价格敏感 → 低价竞争 → 质量下降；小微工作室客单价难以突破 300 元天花板。
- **法律/纠纷风险**：高发场景——代签医疗文书（可能构成无权代理）、解读检查结果（可能被认定为非法行医）、患者突发病情（救助义务边界模糊）、隐私信息泄露（侵犯隐私权）。
- **刑事红线（2026 年新增，务必全文阅读）**：2026 年 5 月 1 日起施行的“两高”《关于办理商业贿赂刑事案件适用法律若干问题的解释》（法释〔2026〕6 号）明确：医疗领域商业贿赂入刑门槛为单位行贿 10 万元、个人行贿 3 万元；以“号源中介”“转诊分成”形式向医务人员输送利益的，按共犯论处。行业灰色三模式——挂号返点（5%—20%）、稀缺号源加价（50—200 元/个）、带金推广——自此全面刑事化；以机构名义、体现单位意志实施的，直接构成单位犯罪。民事侧同样有据：北京三中院判例中，陪诊师因保管不善致患者病理切片遗失，被判赔偿 2,000 元并支付精神抚慰金 2 万元——“小疏忽、大赔偿”，服务留痕与物品交接签收是刚需。

10.3 中小机构合规实操清单

10.1–10.2 节评估风险，本节给出可执行的正面清单。合规不是成本中心，而是中小机构对接 B 端（医院采购、长护险、商保）的入场券——7.2.2 节医院采购文件已经证明：无合规体系，连投标资格都没有。

主体注册形态选择：有限责任公司是主流选择（B 端合作与投保的前提）；个体工商户仅适合单人/夫妻店起步（无限责任、难接 B 端）；民办非企业适合承接政府购买服务与公益项目（不得分红、业务受限）。

合规项	要点	成本参考（估算）
服务协议	必备条款：服务边界声明（不替代医疗决策、不代签知情同意书）、免责条款（注意格式条款效力边界）、隐私授权（单独同意条款）、财物交接规范	律师审拟一次性约 3,000–8,000 元
保险配置	雇主责任险/团体意外险（陪诊师）+ 公众责任险（服务现场）+ 客户财物保障	意外险约 100–300 元/人/年；责任险按保额计费

数据合规 (个保法)	病历、检查报告属敏感个人信息：须单独同意、最小必要收集、加密存储、服务结束限期删除、禁止用于营销	合规功能内置于工具栈（7.6 节），无额外大额支出
人员合规	劳动关系与劳务外包边界清晰；社保缴纳是 2026—2027 年监管趋严方向；兼职陪诊师签订服务协议并购买意外险	社保成本约占人力成本 20%—30%（按当地基数）
财务合规	公私账分离；代收款项（挂号费、医药费）专款专用并留痕；依法开票	代账约 100–500 元/月
培训留痕	培训考核记录、上岗评估、服务复盘归档——既是质控也是纠纷举证	内部流程，无直接成本

五条业务红线（触碰即高风险）：①不得提供任何诊疗建议（超出就诊流程指引的医学判断均属越界）；②不得代签手术/检查知情同意书（法律要求本人或近亲属）；③不得经手大额现金或无凭证代收代缴；④不得泄露客户病历与隐私（含朋友圈“晒单”）；⑤不得承诺治疗效果或医院关系——“保证挂上专家号”类宣传属虚假承诺，也是监管打击重点。

关键判断：合规成本约占中小机构总成本的 8%（7.3 节模型），这 8%买到的不只是安全，更是 B 端订单资格与品牌信任——在洗牌期，合规是性价比最高的竞争投资。

“行业风控五件套”已在 2026 年的头部样本中全部落地（案例库 A-04/A-09/B-21/B-23/B-32）：①正负清单——株洲模式把服务可做/严禁事项在院内公示，与国标服务边界一一对应；②隐私扫码授权——仁济 AI 陪诊码“最小授权、随时中止、按次扫码”，敏感信息不上码；③全程投保——安护通与中国保合作为陪诊全程投保；④每单赠险——晓棉袄陪诊把保险做成单笔订单标配；⑤医嘱记录单——徐汇龙华街道“一人一档”出具《医嘱记录单》同步家属与家庭医生。五件套的共同点是把“合规”从内部制度变成客户看得见的服务动作——这本身就是卖点。

10.4 应急预案与处置流程

陪诊服务发生在医疗场景，突发事件不可避免。预案原则十二字：先人后物、先止损后定责、全程留痕。

突发类型	现场处置	上报与留痕	事前预防
客户晕倒/摔伤	立即呼叫医护人员，不越界施救（不喂药、不随意搬动）；联系客户紧急联系人	30 分钟内上报机构负责人，24 小时内完成事件报告	行前健康评估，高龄/高危客户安排双陪
财物纠纷	当场清点、不争执、不私赔；第一时间调阅记录仪影像	24 小时内提交核查结果，涉及赔偿走保险流程	行前行李物品双签确认
纠纷升级/投诉	服务人员退场不冲突，由负责人接管沟通	2 小时内响应，全程书面记录	7.5 节 SOP + 服务前风险告知

保险理赔流程：出险后 48 小时内向保险公司报案——提交服务记录、记录仪影像、医疗票据——理赔专员对接——结案后归档并复盘。责任险是 8.5 节死因三的合规底线，宁可压缩其他预算不可断保。

舆情应对：负面评价出现 2 小时内私信联系客户、24 小时内完成事实核查、由负责人统一口径回应；不删真实差评、不与客户公开争论；确属服务失误的，公开致歉并公示整改动作。

第十一章 发展建议与政策建议

核心问题：中小机构现在做什么？政策该往哪走？

11.1 对中小陪诊机构的经营建议

维度	短期（2026–2027）	中期（2027–2029）	长期（2029–2030）
合规	注册公司主体，购买保险，考取证书	接入平台或自建系统，规范合同	参与行业标准制定
获客	深耕 1–2 家医院，建立口碑	社区合作，政府购买服务	品牌建设，会员体系
人才	提高待遇，降低流失	股权激励，合伙人机制	产教融合，院校合作
服务	专科深耕，差异化定位	标准化输出，跨区复制	生态闭环，“陪诊+”
支付	探索会员制预付费	对接长护险试点	商保产品全面覆盖

11.2 对政策制定者的建议

政策进程速览（2025–2026）：

- **国家级信号**：2025 年 12 月，民政部、国家发展改革委等八部门联合印发《关于培育养老服务经营主体促进银发经济发展的若干措施》（民发〔2025〕66 号），2026 年 1 月经民政部新闻发布会专题解读，首次在国家层面明确提出“支持培育专业化陪诊助医机构，规范开展老年人陪同诊治等服务”。
- **地方进程**：全国 31 省中，上海、北京、重庆、四川等多地两会已有陪诊助医相关提案并获省级官方答复；上海已落地全国首个红头试点方案并将陪诊纳入养老补贴（见 9.3 节）。
- **标准化进程**：团体标准先行——《陪诊师职业技能与管理规范》（T/SSFSIDC 025–2025）、《健康陪诊服务规范》（T/CWEMS 0030–2025）、《老年陪诊服务规范》（T/CASWSS 041–2025）等相继发布；国家标准 GB/T 47801—2026 将于 2026 年 11 月 1 日起实施，行业从“团标探索”进入“国标引领”阶段。

尽管进程加速，但与机构诉求（7.2.1 节：82.1%机构希望纳入政府采购、56.4%希望打通医保/长护险）相比仍有明显差距。建议按以下优先级推进：

优先级	政策建议	预期效果	责任主体
P0	出台《陪诊服务管理办法》，明确监管主体	结束多头监管/监管真空	国家卫健委/人社部
P0	将陪诊服务纳入长期护理保险试点	支付破冰，市场扩容 3-5 倍	国家医保局
P1	推动陪诊师纳入《职业分类大典》	职业身份合法化	人社部
P1	建立国家级陪诊服务信用平台	解决信任缺失问题	国家卫健委/发改委
P2	鼓励商业保险开发陪诊附加险	多元化支付渠道	金融监管总局
P2	支持职业院校开设陪诊专业/课程	解决人才供给问题	教育部/人社部

第十二章 国际经验与支付路径

本章回答两个问题：①比中国早进入老龄化的国家，陪诊/照护类服务是怎么从“灰色散工”变成“阳光产业”的？②中国长护险 2026 年转向全国推行后，陪诊的支付通道可能以什么路径打开？

12.1 日本介护保险：立法先行催生的 14 万亿日元产业

制度起点：日本 1997 年制定《介护保险法》，2000 年正式实施——继医疗保险、养老保险之后的社会保障第三支柱。40 岁以上国民强制参保，65 岁以上经评估认定护理需求即可享受服务，参保人原则上自付 10%（高收入者 20%—30%）。

产业引爆效果：

指标	2000 年（制度元年）	2025 年	倍数
介护市场规模	约 3.6 万亿日元	14.3 万亿日元	≈4 倍
服务使用人数	149 万人	待遇享受人数达创立初期 3.6 倍	3.6 倍
居家介护使用者	97 万人	约 444 万人（2025 年 4 月）	≈4.6 倍

对中国的镜鉴（正面）：介护保险立法前，日本的老年照护同样以家庭照护和灰色散工为主；**支付制度确立的那一刻，就是产业爆发的开关——**制度确立后 20 年间市场规模翻了约 4 倍，居家照护成为绝对主体（居家介护使用者从制度元年的 97 万人增至约 444 万人），与中国“9073”养老格局方向一致。

对中国的镜鉴（警示）：制度成功带来了始料未及的后遗症——2025 年度介护费用 14.3 万亿日元，预计 2040 年达 27.6 万亿日元（占 GDP 3.5%），财政持续承压；护理岗位工资长期偏低导致年轻人从业意愿不足，大量机构“有床没人护”；75 岁以上“老老介护”家庭占比已达 37.1%创新高。“有钱付”之后，“有人干”成为更难的问题。

（数据来源：日本厚生劳动省《介护保险事业状况报告》、经济参考报 2026 年 7 月《日本能否破解“重度老龄社会”困局》）

12.2 美国 Patient Navigator：从公益项目到医保报销的 34 年

中国陪诊师在大洋彼岸有一个高度相似的“职业前辈”——患者导航员（Patient Navigator）。其职业化路径完整走完了中国陪诊正在走的全程：

时间	里程碑	性质
1990	Harold Freeman 医生在哈林医院创立首个患者导航项目，服务低收入乳腺癌患者，5 年生存率从 39%提升至 70%	公益验证
2005	《患者导航与慢性病预防法案》生效，联邦拨款 2,500 万美元资助导航项目	立法认可
2010	《平价医疗法案》（ACA）将导航员纳入医保体系	制度嵌入
2012	美国外科医师学会癌症委员会将“导航流程”纳入认证标准——导航成为法定医疗照护标准	标准确立
2024 年 1 月	CMS（联邦医保）报销代码正式生效，7 大商业保险公司、40 家综合癌症中心启用导航服务报销	支付打通

关键启示：美国用了 34 年走完“公益验证 → 学术背书 → 立法认可 → 标准确立 → 医保报销”的职业化全周期。其中最漫长的环节是支付——从联邦立法（2005）到医保实际报销（2024）隔了 19 年。而中国的独特优势在于：**国家标准（GB/T 47801—2026）先于产业成熟落地，长护险全国推行与陪诊行业成长期恰好同步——中国有机会把这个 34 年的周期压缩到 5—8 年。**

这一陪伴价值也被后续研究反复验证：Sheehan 等（2021 年，《BMC Geriatrics》）对美国志愿者就医陪伴项目的研究显示，陪伴服务能够改善老年患者的就医体验与健康结局（转引自吴欣熠、沈微微，2024）。

（资料来源：美国癌症协会、CMS 2023 年 11 月医保支付规则（2024 年 1 月生效）、CDC 文献）

12.3 国际经验的三点结论

1. **支付制度是产业爆发的总开关。**日本的爆发点是 2000 年介护保险实施，美国的爆发点是 2024 年 CMS 报销码生效——供给和需求都早已存在，缺的一直是“谁付钱”的制度答案。中国这个开关正在合上（见 12.4 节）。
2. **职业化必须“标准+认证+支付”三件套齐备。**只有标准没有支付，从业者留不住（日本护理员低薪困境）；只有支付没有标准，基金会被骗保拖垮（美国导航员认证走了 20 年才标准化）。中国国标（2026.11 实施）+团标体系+长护险的组合，三件套正在同时成形。
3. **人才短缺是制度成功后的最大瓶颈，要提前布局。**日本“有床没人护”的教训表明，支付打开后需求释放速度远超人才供给速度。中国陪诊师 83.26%渴望官方认证（7.2.3 节），正是窗口期红利——谁在支付打通前建好培训认证体系，谁就握住了下一轮供给端的定价权。

12.4 长护险全国推行下的陪诊支付路径推演

制度进展（2026 年关键拐点）：长期护理保险 2016 年首批 15 城试点，2020 年扩至 49 城；截至 2026 年初已覆盖约 3 亿人，累计惠及超 330 万失能群众，基金支出超千亿元。2026 年 3 月 25 日，中办、国办印发《关于加快建立长期护理保险制度的意见》——长护险正式作为社保“第六险”从局部试点转向全国推行：用 3 年左右基本建立制度，2028 年底全国基本全覆盖，费率统一控制在 0.3%左右，不设起付线；“十五五”规划进一步明确 2030 年覆盖所有统筹地区。（来源：国务院新闻办 2026 年 3 月 26 日发布会、新华社）

与陪诊的客群重叠：制度起步阶段保障对象为**重度失能人员**（全国失能、半失能老年人超 4,000 万）——这与陪诊核心客群（高龄、行动不便、家人无法陪同）高度重叠。失能老人的就医陪同，是“基本生活照料”的自然延伸。

陪诊接入长护险的三种可能身份：

路径	接入方式	可行性	时间窗口
① 服务包子项	“陪同就医”纳入长护险居家护理服务包（参照上海养老补贴已可用于陪诊的先例）		2026–2028 试点城市先行
② 居家护理延伸项	作为居家照护服务的增值服务，由护理机构打包采购		2027–2029
③ 经办协作方	参与失能评估陪同、服务递送等经办环节（制度允许社会力量参与经办）		2028 后

三步走推演：2026—2027 年，上海、青岛等试点成熟城市率先将陪诊纳入地方服务包或补贴目录（上海已实质破冰）→ 2028 年全国建制后，重度失能人群的就医陪同获得基金支付的制度通道 → 2029—2030 年，保障范围向中度失能扩面，商保/长护险补充层产品成熟（呼应第十三章趋势 3“保险深度共创”）。

对机构的行动含义（现在就该做的三件事）：

- 1. **取得服务资质：**关注本地长护险定点服务机构遴选，把机构资质、人员证书、服务 SOP 按长护险协议管理要求提前对齐；
- 2. **对接经办方：**长护险经办普遍委托商业保险公司，主动与本地经办保司建立联系，进入其服务商名录；
- 3. **凭证化服务记录：**把每一单服务记录做成“可评估、可审计、可报销”的标准凭证格式——谁先具备这个能力，谁就是经办方眼里“最省心的供应商”。

口径提示：截至本白皮书发布，陪诊尚未纳入国家长护险基本服务目录，本节为基于制度走向的路径推演，不构成既成政策。机构决策请以当地医保部门正式文件为准。

12.5 支付方拓展的本土实操路径

12.4 节推演的长护险路径要到 2028 年才全国建制，中小机构的现金流等不了两年。本节给出过渡期（2026—2027 年）四条现实支付方路径，按可操作性排序——这也是 13.2 节“趋势 6：B2B2C 渠道成为增长主力”判断在机构侧的展开。

路径	付费逻辑	客单特征	进入门槛	对接对象
惠民保/商业健康险增值服务	保险公司采购增值服务，做产品差异化与续保率	单均结算价低于 C 端（约八折，估算）但走量	进入保司供应商库：合规资质+服务记录+保险	保司健康服务部门、第三方 TPA
企业端（员工福利/EAP）	为员工父母提供就医陪伴，企业福利预算	框架协议价、批量采购	对公资质、发票、服务 SLA	企业 HR/工会、弹性福利平台
银行/保险高客权益	私行、寿险高净值客户的增值服务权益	客单价高，要求高端档服务标准	服务品质与品牌背书要求高	私行客户经理、寿险经代渠道
公益与政府购买	福彩公益金、慈善基金会、社区为老服务项目采购	单价低但稳定，附带政府背书	民非或社企身份更有利；需项目执行能力	街道/社区养老服务中心、基金会项目办

四条路径的共通打法：先做“小样”再谈框架。带着 3—5 个真实服务案例、一套 SOP（见附录《机构服务 SOP 框架要点》）和一份合规清单（10.3 节）去谈，比任何商业计划书都有效。B 端决策人最关心三件事：出事谁负责（保险）、服务怎么验收（电子化记录）、结算怎么合规（对公与发票）——这三个问题的答案，恰好就是 7.6 节数字化工具栈和 10.3 节合规清单的全部内容。

保险公司侧的采购逻辑，《保险行业陪诊服务市场洞察》（ISE）给出了迄今最完整的画像：陪诊是保司健康增值服务中使用量最大的品类之一；采购权 100%集中在总部（集采），分支机构无独立采购权；85%的保司将成本控制列为供应商考核的首要权重。这形成一个负循环：保司压价→服务商利润变薄→服务质量下滑→客户投诉→保司进一步压价。《中国新闻周刊》的调查印证了链条末端的分配：客户支付 300 元/单的陪诊服务，陪诊师到手仅 120—180 元。破局思路是“以稳定履约换续约份额”而非低价内卷。中小机构入库前，可

对照 ISE 的供应商评估框架（正面清单 + 负面清单 + 黑名单三级）逐项自评，补齐资质短板再投递。

2026 年的落地证据表明保险渠道已从“试水”走向“标配”：平安“乐健康”依托覆盖 380 个城市、90%三甲医院的陪护网络把陪诊做成 19 项标准流程的品牌服务；前海人寿自建“4 家旗下医院 + 1,312 家合作医院”服务网络，覆盖 330 城；全国总工会“惠工保”45 元/年的普惠产品把就医陪诊列为标配权益，中国人保 APP 集中入口 2025 年上半年服务使用达 9,400 万人次、同比增长 56.7%。风控机制也在标准化：安护通“权益卡 + 人保全程投保”、悦伴“每单赠险”已成为行业惯例——“服务 + 保险”双保险是进入 B 端供应商名单的门票。

保险之外，运营商集采抬高了 B 端天花板：中移（杭州）2026—2028 年全国版康养高价值服务采购预算 4,490.64 万元（不含税），就医陪诊（单人版/家庭版）与专家预约打包成 SKU，5 家中选共享份额、单家上限 50%。对照其 2024—2025 年批次的中选名单，供应商池正在向“健康之路、联仁健康、平安健康”等规模化玩家集中——中小机构的机会在于成为其区域履约分包方，SKU 切分方式（单人版/家庭版、指定/不指定专家）可直接借鉴用于自家产品设计。

关键判断：2026—2027 年，B2B2C 是中小机构现金流最现实的增长极：客单价略低，但获客成本趋近于零、复购内置在协议里、自带信任背书。一家机构只要拿下一个保司或一个街道的年度框架，就相当于锁定一条旱涝保收的基本盘，再去 C 端搏增量。

第十三章 动态因素与趋势预测

13.1 十大动态因素

以下十大动态因素为影响上述预测的“扰动项”，供趋势研判参考。

#	动态因素	影响方向	影响量级	时间窗口	建议补充位置
1	技术替代（AI/机器人）	负向+正向	大	短期-中期	需求推算/机构路径
2	代际差异（新老年人）	负向+正向	大	中期-长期	趋势预测
3	DRG/DIP 医疗改革	正向（结构）	中	短期-中期	需求场景
4	互联网医院普及	负向	中	短期-中期	需求推算
5	跨界竞争	正向+负向	大	中期	竞争格局
6	社会信任变迁	正向+负向	中	长期	用户认知度
7	代际转移支付能力	负向	大	中期	付费转化率
8	劳动力市场波动	双向	中	短期	人才风险
9	城市规划（15 分钟圈）	正向+负向	中	中期	需求场景
10	极端气候/公卫事件	双向	小	短期	风险波动

已详述的重点因素：

- **技术替代（AI）**：预计替代 20–30%基础陪诊需求（挂号、取药、指路），但情感陪伴、应急处理、代际沟通等“软服务”难以替代；可能催生“AI 辅助陪诊师”新职业。
- **代际差异**：60 后数字素养弱→需求持续增长；70 后 2030 年后进入老年→增速放缓（30%→15–20%）；80 后 2040 年后→需求从“刚需陪同”转向“品质陪伴”。
- **DRG/DIP 改革**：住院天数缩短→“院外康复陪诊”需求增加；日间手术普及→“手术当日陪诊”成高频场景。
- **互联网医院**：线上复诊替代 15–25%慢病复诊陪诊需求，但首诊、检查、手术、急诊场景陪诊需求刚性。

13.2 十大趋势预测（2026–2027）

来源：陪诊有道&陪诊学苑《2026–2027 中国陪诊助医生态商业创新发展趋势报告》（2026 年 4 月）。与 13.1“动态因素”（外部扰动项）不同，本节为行业内部演进方向的前瞻预判。

- 1. 行业定位重塑：**“陪诊综合体”成为核心叙事，主流平台升级为“个人及家庭健康管家”或“医疗流程协调服务商”，竞争焦点从“谁能陪”转向“谁能整合资源、管理全程健康风险”。
- 2. 服务模式分化：**“入口平台”与“垂直精品”两极格局形成，中间状态的“万金油”式公司生存空间被急剧压缩。
- 3. 支付方深度介入：**保险从“采购方”变为“产品共创方”，依据服务数据共同设计承保创新产品（如“术后康复效果险”），陪诊成为保险产品内在的风控环节。
- 4. 技术从工具升级为流程引擎：**AI Agent 初步用于自动生成就诊规划、预判客户问题、辅助生成健康报告，成为规模化品质控制的关键。
- 5. 市场化认证体系破局：**官方标准落地前，由行业组织或头部平台联合保险、医疗机构发布的市场化认证将与责任险、培训、定价挂钩，形成事实性门槛。
- 6. B2B2C 渠道成为增长主力：**企业福利、政企采购、医院采购取代单一 C 端成为规模化稳定订单核心来源，能否对接 B 端成为机构生存分水岭。
- 7. 区域龙头出现：**全国性平台扩张的同时，成渝、长三角等区域将诞生深耕本地资源的区域龙头，“全国网”与“本地网”竞合加剧。
- 8. 人才体系结构化：**基础服务人员→专科陪诊师→健康管家的职业梯队雏形显现，培训、晋升与薪酬体系开始形成，从业者从“零工”走向“职业”。
- 9. 风险管理产品化：**“服务质量保证险”等履约保险新品类出现，把“信任”这一无形资产转化为可销售、可托底的金融产品。

10. **行业整合加速**：大型平台收购垂直服务商补足能力，区域强者合并扩大规模，跨界企业（物业、家政、医药）战略合作快速入局，行业集中度开始提升。

与本书推算的关系：**趋势 6（B2B2C 主力化）与趋势 10（整合加速）**直接支撑第八章“洗牌期中型机构是最大赢家”的判断，并与 7.2.1 节调研“82.1%机构希望纳入政府采购”相互印证；**趋势 4（AI 流程引擎）**对应 13.1 动态因素 1“技术替代”的正向面；**趋势 3、9（支付方与保险创新）**为第十一章“支付破冰”建议提供了市场侧的演进路径。

13.3 收束：中小机构生存决策矩阵

全书十三章给出的是“行业地图”，本节把它折叠成一张“决策卡”——中小机构经营者只需回答三个问题，就能定位自己的生存策略。

问题一：你在哪里？（区域）——一线/新一线城市的竞争主战场在标准档与高端档，拼专业资质与品牌；三、四线及县域的主战场在普惠档与转诊陪同，拼成本与节点关系（9.4 节）。

问题二：你靠什么活？（支付方）——纯 C 端看复购率（2.4 节）；长护险看卡位速度（12.4 节）；商保/企业看合规与服务记录（12.5 节）。

问题三：你是什么物种？（业态）——五大业态终局已定（8.3 节）：平台型做规模、垂直型做深度、区域型做密度；散工将长期存在但份额萎缩。

你的组合	生存策略	首要动作	风险警戒
一、二线×C 端×区域型	标准档深耕+会员制锁定复购	建信任资产：资质、案例、评价三件套	获客成本占比>25%（7.3 节警戒线）
一、二线×商保/企业×垂直型	高端档+B 端框架协议	过合规清单、入供应商库	账期占款、单一客户依赖
县域×C 端×轻站点	普惠档走量+转诊陪同拳头产品	绑定乡镇卫生院/村医/药店节点	核心陪诊师流失
任意×长护险×照护	提前卡位照护服务商	结盟定点机构或自培	资质红线、

延伸	(7.7 节)	护理员	2028 年前现金流
----	---------	-----	------------

五个共性问题的一页纸答案：要不要扩张？——单城模型未连续 6 个月盈利前，不跨区（8.5 节死因五）。要不要接长护险？——要，但现在只做准备动作（资质、系统、结盟），不做重投入（12.4 节）。要不要做会员制？——陪诊师留存率>85%再做，否则履约崩盘（7.7 节）。要不要买数字化系统？——买轻 SaaS 不自建，年成本控制在 2 万元以内（7.6 节）。要不要打价格战？——不打。满足率约 5%的市场里，对手不是同行，是“用户还不知道你”（2.4 节）。

结语：这个行业最迷人的地方在于：它站在 64,812 万人次理论需求与仅约 5%激活率的巨大落差之间，站在 2026 年国标实施与 2028 年长护险建制的政策窗口之间。落差与窗口，就是中小机构的全部机会。活下来，并把信任攒够——2028 年之后，市场会用规模回报今天所有正确的笨功夫。

四种组合的三年动作节奏（与第十四章对应）：

生存组合	2026 生存年	2027 卡位年	2028 承接年
一、二线×C 端×区域深耕型	冲到 350 单/月，攒案例与评价	上线会员制，转介绍率 30%	高端档提价，对外输出培训
一、二线×商保×垂直专科型	过合规清单，打磨 3—5 个标杆案例	进入保司供应商库，签首份框架	续签扩量，防止单一客户依赖
县域×C 端×轻资产站点型	绑死 3 类线下节点，单县打平	覆盖 3—5 县，做转诊拳头产品	接入长护险县域服务包
任意区域×长护险×照护延伸型	结盟定点机构，完成系统选型	自培护理员，照护包试运行	照护收入占比≥15%

第十四章 中小机构三年行动纲领（2026–2028）

本章是全书的行动收束：把行业时间轴（2026 年 11 月国标实施、2026—2027 年洗牌期、2028 年底长护险全国建制）翻译成中小机构逐年的经营动作清单。三个年份各有主题——2026 年“生存”、2027 年“卡位”、2028 年“承接”。

14.1 2026 年：生存年——先合规、再平衡

主题：国标实施的元年，洗牌期的第一年。本年度不追求增长，追求“活过洗牌期”——合规不掉队、现金流不断、单店模型打平。

维度	关键动作与达标线
合规	对照 10.3 节六项清单逐项打钩：责任险+意外险、服务协议范本、服务全程留痕、隐私保护制度、应急预案、收费公示
财务	12 月单月≥350 单（盈亏平衡线）；获客成本≤客单价 25%；现金安全垫≥3 个月固定成本
服务	SOP 全岗位落地（附录 SOP 框架）；投诉率<1%；好评率≥95%
人才	全职陪诊师≥5 人，留存率≥90%，团队中至少 1 名医学或护理背景人员
卡位	与 1 家长护险定点照护机构建立结盟；完成数字化系统选型（7.6 节）

预算结构参考（占营收比例，估算）：人力 60%—66%、获客 15%—20%、场地与设备 8%—10%、合规与保险 8%、培训与数字化 3%—5%。获客占比若超过 25%，说明渠道结构不健康，优先转向转介绍与线下节点。

止损条件：连续 3 个月月单量低于 250 单且现金安全垫不足 2 个月，立即收缩——砍掉亏损渠道、合并站点、回到创始人直管状态。

14.2 2027 年：卡位年——调结构、建壁垒

主题：洗牌期的第二年，同质化竞争者出清，幸存机构开始建立结构性优势。本年度的核心是收入结构从“单一 C 端散单”转向“C 端+会员+B 端+延伸”四支柱。

维度	关键动作与达标线
B 端	B 端收入占比≥20%：进入 1–2 家保司/健康管理公司供应商库，或拿下街道/

	社区卫生服务中心框架合作
会员	会员数≥100 名，会员收入占比≥15%；老会员锁价、新客执行新价
人才	全职≥10 人；内部培训师 1 名上岗；新陪诊师上岗周期≤21 天
延伸	二级延伸（复查提醒、代取药、报告解读转介）收入占比≥10%
渠道	同城线下合作节点≥10 个；转介绍率≥30%

年度里程碑：6 月底前签下 B 端首单；9 月底前上线会员制；12 月底营收结构达标——C 端散单≤60%、会员≥15%、B 端≥20%、延伸≥5%。

止损条件：B 端开拓投入超过年营收 10%仍未签约或会员制上线 6 个月会员数不足 50 名，退回生存年打法，收缩至单支柱运营。

14.3 2028 年：承接年——接长护险、做延伸

主题：2028 年底长护险全国建制（12.4 节），陪诊纳入支付范围的窗口打开。本年度把前两年的卡位变现为支付方收入与照护延伸收入。

维度	关键动作与达标线
支付承接	实现长护险相关收入（经定点机构结算或纳入地方试点服务包）；完成医保结算对接的各项备案
照护延伸	三级延伸（长期照护套餐）收入占比≥15%；自培护理员团队成型
财务	兑现基准情景：月均 800 单、B 端占 25%；现金安全垫≥4 个月
组织	关键岗位全部有 AB 角；创始人退出一线调度
扩张决策	单城连续 12 个月盈利后，方可启动第二城或城市合伙人（7.11 节）

收束：三年节奏的关键判断——2026 年忍住不扩张，2027 年忍住不打价格战，2028 年才有资格谈变现。洗牌期里，活得久比长得快重要；建制落地后，卡过位的比跑得快的的重要。这份三年行动纲领请配合附录《中小机构三年规划工作表》逐年填写、逐季复盘。

第十五章 中小机构商业模式演变与机会地图（0→1→N）

第十四章解决“未来三年每年做什么”，本章解决“三年之后往哪里长”——把陪诊机构从单次服务到多元化生态的演变路径、延伸产品与机会取舍整合成一张可操作的地图。全章主线一句话：流量入口→信任资产→客单放大→支付多元→能力外溢。陪诊本身客单价低、频次低、护城河浅，但它握有两样别的业态没有的资产——医疗场景的深度信任、客户健康数据的入口；所有多元化都是围绕把这两样资产变现。

15.1 商业模式五阶段演变模型

阶段	商业模式	收入结构	核心能力	切换信号（达标线）
0 期 单点交易型	单次陪诊服务	100%C 端散单	SOP、履约、信任	月单量≥350 单 (盈亏平衡线)
1 期 关系会员型	陪诊+会员制	散单+会员费	私域运营、健康档案、复查提醒	会员≥100 名、 复购率≥30%
2 期 产品延伸型	陪诊+照护套餐+代办	会员+延伸服务	服务产品化、护理员自培	延伸收入占比≥10%
3 期 支付多元型	C 端+B 端+G 端	四支柱成型	商务谈判、合规资质、保险对接	B 端占比≥20%、长护险结算落地
4 期 能力平台型	服务+培训+SaaS+合伙	服务收入+能力输出收入	标准化输出、品牌、系统	单城连续 12 个月盈利

与三年行动纲领的对应：2026 生存年完成 0→1，2027 卡位年完成 1→2 并启动 3，2028 承接年兑现 3 期；4 期能力平台不早于 2029 年——单城模型连续 12 个月盈利前，不开放合伙人、不做能力输出。

15.2 服务链延伸：周期×专病产品地图

沿两条轴展开：横轴是服务周期（诊前→诊中→诊后→康复→长期照护），纵轴是专病人群。越往周期右端走，客单价越高、复购越稳、门槛也越高；诊后环节是性价比之王——成本极低，却能把一次性客户变成订阅客户，是所有延伸的第一站。

环节	延伸产品	收费模式（估算）	门槛与关键动作
诊前	就医规划（选医院/科室/专家）、预约挂号、异地来诊一站式安排	规划费 50-100 元； 异地打包 500-1,500 元/次	建立医院科室知识库；与挂号平台合规合作，不碰号贩子红线
诊中（基本盘）	单次/全程/夜间急诊陪诊	180-600 元/次	SOP 与留痕，已具备
诊后	代取药/代取报告、复查提醒、用药提醒	单次 30-80 元；订 阅 20-50 元/月	会员制的钩子产品， 边际成本趋零
康复期	复诊全程托管（固定陪诊师+疗程跟踪）、康复/营养转介	疗程包 1,000-3,000 元/疗程	需护理背景人员；与 康复机构分成
长期照护	居家照护套餐（陪诊+上门 照护+定期巡查）	2,000-6,000 元/月	最高门槛：护理员队 伍、长护险对接、照 护责任险
专病线	产品设计	目标客单价（估 算）	为什么值得做
肿瘤	化疗周期全程包：每次化疗 陪诊+复查提醒+报告跟踪 + 家属月度简报	5,000-15,000 元/ 年	疗程 6—12 个月、 复诊频次高、家属付 费意愿最强
心脑血管/ 术后	术后 90 天套餐：复诊陪诊 + 康复转介+居家巡查	3,000-8,000 元/疗 程	出院后黄金康复期， 复诊与照护刚需叠加
孕产	产检全程包+待产陪诊+产 后 42 天复查	3,000-6,000 元/孕 程	产检 12 次以上、年 轻家庭付费能力强、 口碑传播快
儿童	单次+学期卡；儿科专科陪 诊师	300-500 元/次	双职工家庭痛点，高 于普通档定价
慢病（糖 尿病/高血 压）	季度复查管理包+用药提醒 + 指标跟踪	500-1,500 元/年	高频低客单、最适合 订阅制，是承接长护 险的练兵场

打法：一个机构只做 1—2 条专病线做透，养出专科陪诊师（如肿瘤线配护理背景+心理慰藉培训），形成“看肿瘤陪诊找××”的区域心智后再扩线。会员制是

串起所有延伸的那根线：单次→专病包→年度会员，是同一客户的三级跳；个人会员 1,500–3,000 元/年、家庭会员 3,000–6,000 元/年（估算）。会员制的核心资产是健康档案——档案在谁手里，客户就是谁的。

专业化的价值同样有调查数据支撑。田雅萱等对 215 名患者的调查（2025 年）显示，选择陪诊师时 87.44% 的受访者最看重专业性，86.98% 看重服务态度与沟通能力，看重价格合理性的为 72.09%——专业与信任排在价格之前；需求也按人群分化：老年患者更需要流程引导，年轻患者更需要信息解读。这正是“专病线”值得单独做成产品的原因。（需要说明：该样本 83.72% 为 18—30 岁人群，反映的主要是“为父母下单的子女”的决策口径，与本章所述“子女线上下单”的购买结构恰好同构。）

服务链延伸最激进的样本是小橙集团：其打法是“陪诊引流+长护险转化”——陪诊作为获客入口（全国注册陪诊人员三四万），AI 生成就诊规划做派单式服务，700 余项服务嵌入保险产品，最终把陪诊触达的中老年客户转化为长护险主业客户。这个案例把本章的逻辑推到了极致：陪诊是入口，不是终点。对中小机构的启示不是照抄重资产模式，而是认清自家在链条上的位置——你可以不做长护险，但必须想清楚陪诊客户的下一站消费是什么、你能不能分到。

15.3 大健康接口与养老融合

四个低门槛接口：①体检机构——体检异常项接就医绿色通道陪诊，双向导流分成，几乎零成本；②商业保险——做健康险的增值服务供应商（就医协助、陪诊权益），按人头年费结算，是 B 端收入的第一张入场券；③连锁药店/DTP 药房——互为流量入口，承接取药与用药提醒，药店提供社区触点；④康复/营养/器械——只做转介分成、不自营，守住“服务”边界、不碰“销售”红线，否则信任资产会被反噬。

养老融合三步走：第一步（现在就能做）——与长护险定点照护机构结盟，互为入口：陪诊作为其服务的就医出口，其照护客户成为你的陪诊入口；第二步（2027 年）——自培护理员，把“陪诊师+护理员”编成双人小组，居家照护套餐试运行；第三步（2028 年）——承接长护险服务包，照护收入占比≥15%（14.3 节达标线），此后可向社区嵌入式养老站点、日间照料中心的就医管理

外包延伸，远期进化为“居家养老的医疗侧运营商”——养老管生活，你管医疗，中间用健康档案打通。

15.4 陪诊有道机会矩阵：42 个方向、四象限与三筛子

把本章延伸方向与更开放的发散（场景、人群、技术、支付、产业链、叙事六个视角）合并去重，共得到 42 个机会方向，按“能力协同度（横轴）×价值空间（纵轴）”落位成四象限：左上核心扩张区（高价值×强协同→立即投入）、右上战略期权区（高价值×弱协同→提前卡位）、左下现金钩子区（低价值×强协同→顺手做、攒流量）、右下观察区（低价值×弱协同→暂缓）。

象限	定位	代表方向（矩阵编号）
核心扩张区	立即投入	诊后代办与复查提醒（01）、肿瘤/孕产全程包（06/05）、家庭会员制（15）、长期照护套餐（14）
战略期权区	提前卡位	长护险服务包（26）、陪诊师职业底座（39）、健康档案数据资产（19）、居家养老医疗侧运营商（28）
现金钩子区	顺手做	社区数字扫盲站（30）、陪诊礼品卡（29）、康复/营养转介（20）、夜间急诊陪诊（03）
观察区	暂缓	本轮 42 个方向暂无落入者——留作未来新想法的默认入口：任何新方向先放观察区，过三筛子再移动

三筛子（机会筛选框架）：①信任测试——这件事加厚信任还是消耗信任？只许加厚；②能力测试——复用现有 SOP/队伍/医院关系，还是需要另起炉灶？③支付测试——有没有明确的支付方？三筛全过→立即立项；过两筛→放进观察池；只过一筛→存档当故事。

首选组合：院内导医外包 + 企业孝心福利卡（当年就能做出现金流） + 云陪诊直播（陪诊师在场、子女在云端，把“安心”产品化，是转化率杠杆） + 陪诊师职业底座（招募/培训/认证/派单，三年后最值钱的位置）。

收束：每一次扩张之前，问同一个问题——这件事是在加厚信任，还是在消耗信任？只加厚的才做。诊后服务是钩子、专病包是利润、会员是资产、保险和养老是终局，而机会矩阵上的每一个点，都必须先过三筛子再上航道。

BUSINESS MODEL OPPORTUNITY MATRIX

陪诊有道·白皮书衍生·2026.10

陪诊有道·中小陪诊机构机会矩阵（2026）

42 个机会方向的四象限定位·横轴=能力协同度（左强右弱）·纵轴=价值空间（下低上高）

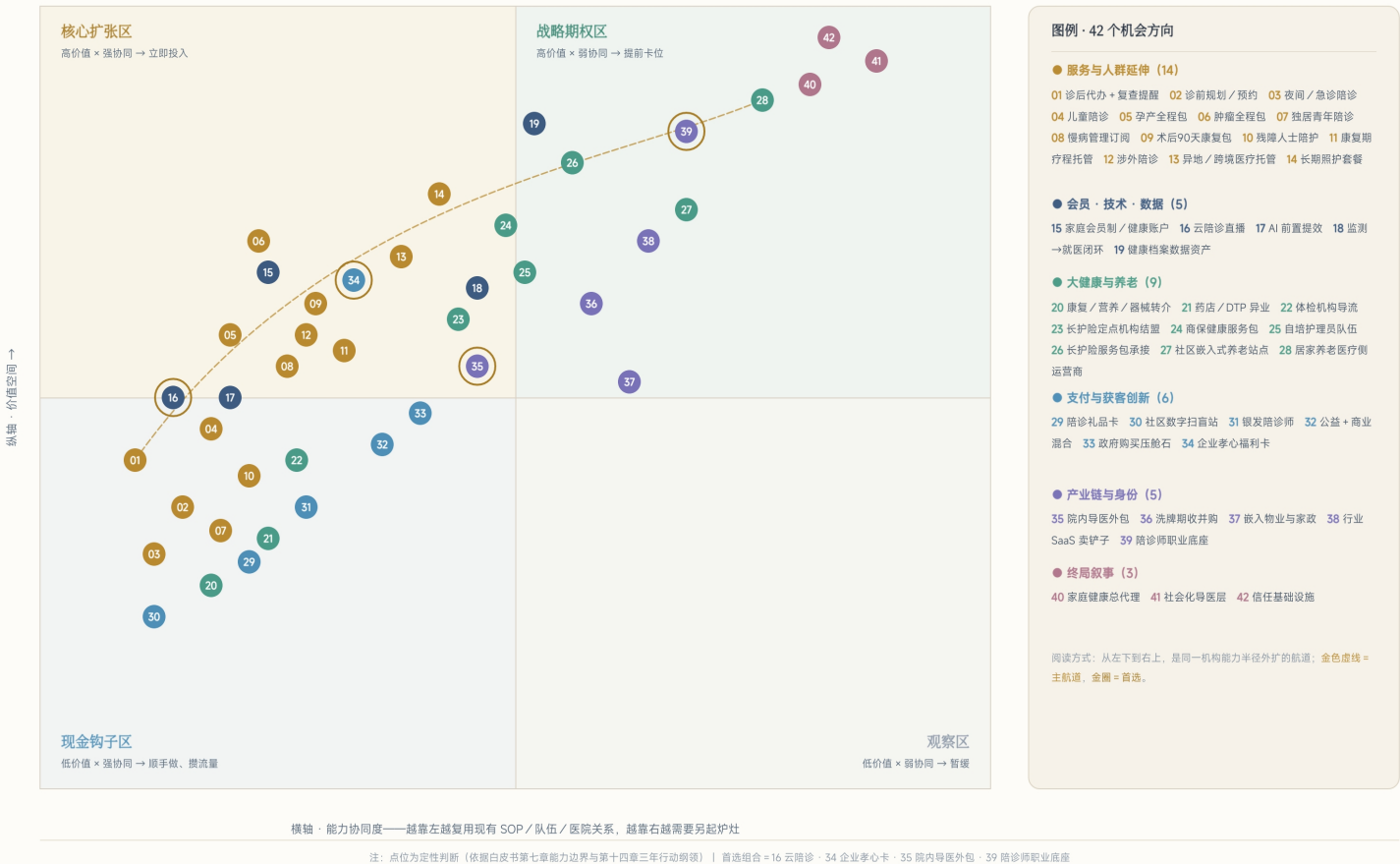


图 11 陪诊有道·中小陪诊机构机会矩阵（2026）

注：点位为定性判断（依据第七章能力边界与第十四章三年行动纲领）；金色虚线为主航道，金圈为首选组合。本图同步发布信息图版本（《陪诊有道·中小陪诊机构机会矩阵（2026）》），可用于对内培训与对外路演。

15.5 涉外陪诊与来华就医：高端产品线的卡位窗口

来华就医是 2025—2026 年热度上升最快的需求信号：2025 年国内重点涉外医院接诊国际患者 128 万人次，较三年前增长 73.6%，东南亚患者每年来华超 15 万人次，欧美患者数量同比翻番。驱动力有三：免签扩容（对 75 国单方面免签或互免、240 小时过境免签，就医为明确允许的入境目的）；海外社交平台传播的“10 倍价差”案例；以及被海外游客称为来华“新三件套”的牙科、眼

科、中医理疗。但必须同时看到两组冷静数据：全国年诊疗量超 100 亿人次，国际患者占比极小；行业研究判断医疗旅游产业整体仍处于起步阶段。结论——趋势成立、基数尚小、增速很快，这是“提前卡位”而非“全仓押注”的信号。（另据行业媒体测算，与外籍患者就医配套的跨境医疗服务市场 2026 年规模预计约 85 亿元——高端卡位的盘子本身已不算小。）

涉外陪诊与国内陪诊存在本质差异，不能简单复用现有产品线：

维度	国内陪诊	涉外陪诊
核心价值	流程熟悉 + 情感陪伴	语言 + 流程 + 跨文化协调三位一体
服务起点	到院见面	行前 1-2 周远程介入（病历梳理、医院匹配、预约确认）
服务终点	送离医院	离境后远程随访（报告翻译、用药沟通、复诊协调）
客单价	300-1000 元/次	普通档 3-5 倍以上（估算）
关键门槛	SOP	医学术语级双语能力（最大筛子）

切入打法四条：①产品形态——不做“单次翻译陪诊”，做“全程托管包”：行前远程评估与医院匹配→签证与邀请函指引→接送住宿协调→全程双语陪诊→离境后远程随访，本质上是矩阵 13 号方向“异地/跨境医疗托管”的国际版，客单可对标 5,000-20,000 元档（估算）；②病种与地域——先做“新三件套”等低风险、高标准化、短周期的消费医疗再碰重症，落点跟随政策：海南博鳌乐城（2026 年一季度境外医疗旅游 3,053 人次、同比增长 800.59%）、上海 13 家三甲国际医疗旅游试点、中俄与中越边境城市的中医康养；③支付端——当前国际患者“先垫付、回国报销”是最大痛点，直付网络正在成型（乐城探索“一张保单、直接结算”，已有医院与 18 家国际保险公司实现直结），谁先接入直付网络，谁的转化率翻倍；④人才——用“银发陪诊师”思路破解术语门槛：退休医护 + 外语专业毕业生组队，或与医学院留学生合作，不必一人样样精通。

风险红线（涉外特有）：医疗责任跨境化——服务协议须明确不承诺诊疗结果、不替代医患沟通；医疗签证与停留期限合规；海外社交平台获客的隐私与

广告合规；“挤占医疗资源”的舆情敏感性——服务口径限定国际医疗部/特需部，不碰基本医疗盘。

三筛子检验：信任测试√（加厚）、能力测试△（需补语言与跨境合规能力，非纯复用）、支付测试√（自费+直付网络成型中）——两筛半，结论是立项试点、控制投入、单城模型跑通再复制。据此，机会矩阵 12 号点位（涉外陪诊）由战略期权区边缘移入核心扩张区，图 11 及其信息图版本已同步更新。

15.6 综合收入情景：从 250 亿到 1,100 亿的路径与口径边界

核心问题：市场规模的天花板在哪里？多元收入能把盘子撑到多大？本节是白皮书唯一一次“情景推演”而非“推算”，全部假设随文标注，结论供战略讨论，不作经营预算依据。

口径切换是前提。第五章的 250 亿元（2030 年）是“单次服务交易口径”（人次×客单价），该口径的天花板由就诊人次与普惠定价锁死——即便把转化率推到 40%、客单价推到 400 元（均远超现实假设），理论极限也只有约 460 亿元。讨论千亿必须切换到“客户年度价值口径”（人数×年消费），而这个口径成立的条件，正是 15.1 节五阶段模型从散单到会员到全周期的演变逻辑。

五层综合收入模型（以陪诊为信任底座，2032—2035 年情景，估算）：

层级	收入线	规模（估算）	测算依据	角色
入口层	核心陪诊	262 亿	有效需求 5.50 亿人次×18%转化率×265 元（5.2 节口径）	高频低毛利，信任底座
转化层	会员制	155 亿	60+人口 3.23 亿×渗透率 2%×2,400 元/年	中频中毛利，关系资产
转化层	诊后/专病包	90 亿	年出院 3.0 亿人次×1.5%购买率×2,000 元	利润引擎
利润层	绿通协调	150 亿	保司健管采购（健康险保费 9,973 亿×1%—1.5%）+ 自费高端，机构作执行方切分	低频高客单，利润担当
支付层	长护险承	300 亿	待遇人群 500 万人×陪同	规模化开关

	接		照护服务包 6,000 元/年	
支付层	B 端其他	60 亿	医院采购 + 企业福利（估算）	稳定现金流
增量层	涉外托管	90 亿	涉外就医 300 万人次 × 3,000 元（15.5 节延伸）	高端卡位
合计	—	约 1,100 亿	2032—2035 年情景	—

注：本表为情景推演（估算），各层假设均为独立变量；规模不可跨层简单加总后直接用于经营目标拆解。

绿通专项：合规三原则。绿通（就医绿色通道：专家预约、住院手术协调、第二诊疗意见等）是五层模型中最像利润层的收入线，但必须切掉灰色部分——①不碰号源倒卖与床位倒卖（黄牛红线，与第十章风险立场一致；中国社区卫生协会 T/CHAC 007—2025《陪同就医服务规范》第 4.2.10 条亦明确“不应以倒卖就诊号源、虚假推销等方式谋取非法所得”）；②只收服务费，资源走官方、特需/国际部等阳光通道；③优先成为保险公司/TPA 的执行供应商，而非自建灰色资源网。现实约束同样要写清楚：保司增值服务使用率仅约 2%—3%，且采购价持续被压低（估算），绿通的利润厚度取决于直客占比。三筛子检验：信任测试△（合规做加厚信任，灰色做直接清零）、能力测试△（资源协调层需新建，现场执行层完全复用陪诊师与 SOP）、支付测试√（保司与高净值自费双支付方已验证）——两筛半，结论是立项试点，先做机会矩阵 34 号首选方向（保险/TPA 供应商）的直接延伸，自建直客绿通放第二步。

四个前提（缺一即退回约 500 亿量级）：①长护险 2028 年建制落地且陪同就医/照护服务进入支付目录——这是 300 亿元的开关，2025 年该制度参保已超 3 亿人、待遇享受 192.91 万人、基金支出 186.44 亿元，正由试点转向全面推开；②会员渗透率到 2%——即单店“会员≥100 名”模型的全国加总；③供给承接能力——2025 年长护险定点服务机构仅 1.3 万家、护理服务人员 40 万人，第十六章五级职业体系正是对接口；④口径诚实——见下。

口径边界声明（本条不可省略）：1,100 亿元中，长护险基金支出的大头流向护理机构而非陪诊机构；该数字是“陪诊机构可及的广义市场”，而非“陪诊市场”本身。本书对“陪诊市场规模”的正式口径维持不变——2025 年约 67 亿元、2030 年约 250 亿元。广义情景只回答“以陪诊为底座的综合收入能有多大”，不回答“陪诊行业有多大”，二者混用正是 2.1 节批判过的数字幻觉。

外部口径对照：为避免读者在各式数据面前无所适从，将当前市面流通的六种市场规模口径并置于此——①本书基准口径：2025 年陪诊服务直接收入约 67 亿元；②智研咨询口径：陪诊服务市场约 800 亿元（含广义陪同与健康管理服务）；③《保险行业陪诊服务市场洞察》TAM 口径：理论可及市场 300—1,500 亿元（按潜在需求人群×客单价推算）；④国金证券“陪伴经济”口径：约 500 亿元（含宠物陪伴、情感陪伴等泛陪伴业态）；⑤无出处的“500 亿陪诊市场”宣传口径（多见于招商文案，无法溯源）；⑥本书综合收入情景口径：2032—2035 年含绿通、增值服务的综合收入约 1,100 亿元。甄别任一数字只问三个问题：分母是什么（只算陪诊还是算泛陪伴）？口径是直接收入还是潜在需求？来源可否溯源？三问一过，九成以上的“吓人数字”现出原形。

合理性互证：日本介护保险产业约 14 万亿日元（约合 7,000 亿元人民币，见 12.1 节），中国 60 岁以上人口约为日本 65 岁以上人口的 9 倍；广义照护经济上万亿是确定性事件，陪诊机构切其入口位置，千亿情景并非激进假设。

收束：五层模型与 15.4 机会矩阵同构——入口层对应基本盘（16 号会员制首选）、转化层对应核心扩张区、利润层是 34 号保司/TPA 首选的直接延伸、支付层对应 F 类终局叙事、增量层是 12 号涉外点位。必须明确的时间轴关系：五条收入线不是先后接力的三个阶段，而是并行生长、起点不同、斜率不同的叠加曲线——会员制、诊后包、绿通执行、涉外托管在 2026 年均已存在（只是规模尚小），长护险承接是唯一的“制度开关型”后启线。67 亿、250 亿、1,100 亿是同一生长过程的三个观察快照，而非交接棒：2025 年只看到核心线；2030 年核心线长到 250 亿时，其余各线已并行起量；2032—2035 年五线叠加约 1,100 亿（核心线届时实际高于表内 262 亿元取值，本模型偏保守）。对单家机构的含义因此改变：不是“先把陪诊做到极致再做多元”，而是从第一张订单起，就把每一次陪诊当作会员、诊后与绿通转化的入口来经营。

第十六章 陪诊师：核心生产要素的职业生态

核心问题：陪诊师是谁、赚多少、为什么会走、怎么留住？全书前十五章以机构为视角，本章把镜头对准供给端的最小单元——陪诊师本人。机构的合规、服务品质与扩张能力，最终都落在“人”的稳定与成长上。

16.1 职业画像与收入分布：供给端的第一块基石

从业者总量约 25 万人（第四章供给倒推口径），其中个人散工为绝对主体，机构雇员占比不足两成（估算）。人群画像呈三个集中：性别集中于女性；年龄集中于 25–45 岁；背景集中于三类人——医护相关专业毕业生、家政/养老护理转型者、时间灵活的宝妈群体。本判断基于中国社会福利与养老服务协会大样本调研中的陪诊师样本（N=215）与 7.2.1 节机构问卷的陪诊师部分

（N=19，初步数据）交叉归纳。该样本给出的供给端基本面与本判断互证：21—40 岁占比超 90%、女性占 82.79%；学历以大专（62.79%）与本科（21.86%）为主，医学及护理背景合计仅 17.21%；从业年限普遍较短，近六成入行不足一年；系统性培训覆盖率仅约 10%、70%从未参加任何培训，但 83.26%“非常希望”获得官方或行业协会颁发的资格认证。换言之，陪诊师供给端呈“年轻化、女性化、低培训率”结构，职业化基础设施是行业最短的板。

暨南大学经济与社会研究院与智联招聘《2025 中国新就业形态报告》为陪诊师职业提供了权威数据底座：陪诊师职位发布量同比增长 30.7%，连续两年保持 30%以上增速；从业者呈“双低”特征——56.4%学历在大专以下（另一统计口径为 77.4%），进入门槛显著低于其他健康服务业态。地域分布上，成都占 11.5%（平均月薪 8,043 元）、北京 8.1%（9,019 元）、上海 5.3%（9,442 元，全国最高）、绵阳 4.5%；从业者前职多为护士、美容师、康复师、护工——“医疗背景+服务业经验”是主流转型路径。

机构侧的用工结构印证了这一点：机构问卷（N=39，剔除 1 份异常问卷后 N=38）显示，兼职陪诊师占比中位数高达 77%，6 家机构全职陪诊师为零（纯撮合模式）；分佣机制上，平台抽成 20%—30%为主流（合计 24 家），且抽成 20%组盈利面最好（5 盈 1 亏）、抽成 50%组亏损最集中（3 亏 1 平 5 盈）——“让利陪诊师”与机构盈利呈正相关，分成机制设计直接影响两端稳定性。

层级	典型形态	计价逻辑	月收入区间 (估算)	流失特征
兼职散工	平台抢单/私域接活	按单分成或日结，日 1–2 单	1,500–4,000 元	极高，随淡旺季进出
机构全职	底薪+单均提成	底薪约 1,500 元+提成约 60 元/单，月 35–60 单	3,500–5,500 元	高，年流失率行业普遍超 40%（估算）
资深/专科	专病包、涉外、会员专属	服务溢价 1.5–3 倍（见 16.2 分级定价）	6,000–12,000 元	低，是机构核心资产

关键判断：收入天花板低与流失率高互为因果——单量多时被排班上限锁死、单量少时收入无保障，机构因流失快而不敢投入培训，服务品质不稳又反过来压低客单价。破局点不在“加钱”，而在把陪诊师从计时零工改造成有级别的职业：级别拉开价差，价差支撑培训，培训稳定品质（16.2）。

16.2 五级职业分级路径：从“零工”到“职业”

参照养老护理员与健康管理师的职业化路径，建议机构建立内部五级分级体系（估算模型，供参照调整）：这一方向与国标直接呼应：GB/T 47801—2026 第 4.2.1.6 条明确提出，服务提供者“宜建立陪同人员分类分级及订单匹配制度”——五级分级与派单联动，正是该条款在机构内部的落地形态。

级别	准入条件	服务范围	计价倍数	参考晋升周期
L1 见习	准入：无违法犯罪记录、持健康证、初中以上学历；通识培训 40 课时（理论≥28h+实操≥8h）+考核≥4h	跟诊观察，不独立上岗	一（学习期）	1–2 个月
L2 初级	跟诊满 50 单+笔试合格	常规科室全程陪诊	1.0（基准价）	6–12 个月
L3 资深	累计 300 单+投诉率	复杂流程、多科室联	1.2–1.5	1—2 年

	< 2%	诊、夜间急诊陪同		
L4 专科	通过专科认证（肿瘤/心内/妇产/涉外等）	专病管理包、涉外陪诊、会员专属服务	1.5-3.0	2~3 年
L5 督导/培训师	带教≥5 人+ 课程开发能力	培训、质检、案例复盘、客诉复核	管理薪酬制	3 年以上

分级不是头衔游戏，必须联动两件事才有意义：①定价联动——级别直接映射客单价档位，L4 专科陪诊师正是 15.2 节专病包溢价与 15.5 节涉外全程托管包的人力前提；②派单联动——SOP 接单评估卡按级别匹配订单难度，高风险单只允许 L3 以上接。级别公开对客户展示，成为信任状；对内则是留人的阶梯——让陪诊师看到“三年后我是谁”。

序号	证书性质	证书名称	分级情况	颁发单位
1	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中国医药教育协会
2	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中国生命关怀协会
3	技能培训证书	医疗陪诊顾问	不区分	人社部社会保障能力建设中心
4	技能培训证书	陪诊师	不区分	上海市养老服务 and 老龄产业协会
5	技能培训证书	高级医疗陪诊师	不区分	北京师范大学科技集团/北京京师教育培训中心
6	技能培训证书	医疗陪诊顾问	初、中、高级	国家开放大学培训中心
7	技能培训证书	陪诊师合格证书	不区分	浙江大学医学院
8	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中国商业联合会
9	技能培训证书	医疗陪诊顾问	不区分	重庆市卫生健康职业技能鉴定办公室
10	技能培训证书	医疗陪诊顾问	不区分	中国民族卫生协会
11	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中国中医药信息学会特色疗法与新技术分会
12	技能培训证书	陪诊师技能专门化	不区分	广州卫生职业技术学院
13	技能培训证书	陪诊师技能培训	不区分	厦门理工学院
14	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中国民族医药协会
15	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中医药卫生人才技能鉴定中心

16	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中医药卫生人才培训管理中心
17	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中国人口文化促进会
18	技能培训证书	陪诊师	不区分	浙江省卫生行业职业技能鉴定指导中心
19	技能培训证书	陪诊师	不区分	厦门市卫生人才服务中心
20	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	中国医疗卫生事业发展协会
21	技能培训证书	陪诊师	初、中、高级	人力资源劳动就业培训中心
22	技能培训证书	陪诊健康	不区分	国家卫生健康委人口文化发展中心
23	技能培训证书	陪诊师	不区分	中国老年保健协会
24	技能培训证书	老年陪诊师	不区分	中国老年医学学会
25	技能培训证书	陪诊照护师岗前培训	不区分	上海交通大学医学院
26	专项职业能力证书	陪诊服务	成都市	成都市人社局
27	专项职业能力证书	陪诊服务	重庆市	重庆市人社局
28	专项职业能力证书	病人陪诊服务	宁波市	宁波市人社局
29	专项职业能力证书	老年助医陪诊	上海市	上海市人社局

注：陪诊有道、陪诊学苑 | 数据来自：网上公开信息查询及公众号@助医陪诊派，统计至 2026 年 3 月 31 日；各级单量阈值与计价倍数为机构内部管理估算值，应结合本地薪酬水平与 7.10 财务模型校准；课时结构见 16.4 认证体系。

16.3 情绪劳动与心理耗竭：被忽略的成本中心

陪诊是典型的情绪劳动：陪诊师输出的不只是时间与流程协助，还有持续的耐心、共情与情绪稳定。负荷来自三类场景：①病患焦虑与家属情绪的转移——陪诊师是最近的承接者；②生死场景暴露——肿瘤科、急诊、重症监护门口的高压环境；③委屈场景——被误认为黄牛号贩子、被医护驱赶、被客户迁怒。

三类负荷长期累积，耗竭链条为：情绪透支→服务温度下降→投诉上升→收入下降→流失。国标已把这一维度写进人员要求：GB/T 47801—2026 第 7.1.2 条将“心理素质好，善于自我调节情绪”列为陪同人员职业道德要求，第 4.2.1.2 条注释亦将心理健康培训列入专项在职培训内容——情绪管理不是软福利，而是国标框架下的必备科目。

算一笔账：一名成熟陪诊师的流失重置成本（招聘+培训+跟诊期产能损失）约相当于其 2~3 个月人力成本（估算）；而组织层面的干预成本人均每月仅约 200-400 元（估算）。情绪管理不是员工福利，是质量控制成本。

干预项	做法	对应工具
①单量上限与轮休	日单量≤3 单，连续高强度单后强制排休	7.8 人力资源；14.1 生存年人效口径
②督导谈话制	L5 督导每月一次一对一，情绪与职业困惑双通道	16.2 分级体系 L5 职责
③案例复盘会	每周复盘高压案例：情绪脱敏+经验沉淀进培训库	SOP 卡 2.6 复盘闭环
④心理支持	年度体检含心理评估；重大事件后团体辅导	机构年度预算固定科目

判断：洗牌期拼到最后是服务稳定性，而稳定性的载体是情绪状态可持续的陪诊师。把“耗竭”写进成本表，是中小机构从“用工”思维转向“经营人”思维的分水岭。

16.4 国标配套的内部认证体系：把培训变成资产

GB/T 47801—2026（2026 年 11 月 1 日起实施）对服务人员提出培训考核上岗、服务过程记录、职业行为规范等要求（见 10.3 合规清单）。国标只划底线，机构要把它做成竞争力，需要一个内部认证体系承接。地方实践已有可对标样本：上海市养老服务行业协会 2024 年发布的 T/YLXHB 000012—2024《陪诊师从业技能要求》与 T/YLXHB 000013—2024《陪诊服务规范》，对培训课时、考核评价、档案管理、第三方保险均给出了可执行细则，机构内训可直接对标。内部认证四件套：需求侧同样为培训背书：协会大样本调研显示，79.74%的社区居民与 70.32%的医院患者更倾向选择经过专业培训的陪诊人员，而当前仅约 10%的陪诊师受过系统培训（《陪诊服务发展研究报告

（2025）》）——“有证、受训”本身就是转化率。课时对标上，上海 T/YLXHB 000012—2024 要求 40 课时、T/CWEMS 0030—2025《健康陪诊服务规范》要求 30 学时，本节“通识 40 课时+专科模块各 20 课时”为覆盖现行团体标准基线的进阶配置。

官方认证通道盘点：①上海《老年助医陪诊（专项职业能力）评价指导手册》——职业编码 4-10-01，理论考核占 40%、实操占 60%，不设补考，通过后可申领 A 类培训补贴；②成都陪诊师专项职业能力证书——人社部门组织考核，证书无有效期限制；③人社部社会保障能力建设中心“医疗陪诊顾问”培训证书（官网可查）；④中国福利与养老服务协会师资班，以及中国职工技术协会 2026 年全国陪诊师职业技能竞赛。警示：市面上“一人多证”兜售现象泛滥，同一名陪诊师出示五六本不同机构证书，恰恰暴露证书体系尚未统一；部分平台推行的“六证互认”是市场化解法之一。机构内训的正确姿势是“国标底线+官方大纲骨架+自家 SOP 血肉”——以 GB/T 47801—2026 为合规底线，用上海手册或成都大纲搭骨架，再填充本机构服务细则。

模块	内容要点	与国标/经营联动
课程体系	通识 40 课时（服务规范/急救常识/沟通/隐私保护）+ 专科模块（肿瘤/心内/妇产/涉外各 20 课时）	覆盖国标培训要求；专科模块对应 15.2 专病包
考核机制	笔试/机考+情景模拟/现场操作+跟诊评估三关；理论与实操双科各按 60%计及格线、总分≥60 分合格（参照上海 T/YLXHB 000012—2024 评价方法）	培训与考核档案即迎检与投标证据
年度复审	每年续证：课时达标+投诉率一票否决	对应国标服务记录可追溯
挂牌联动	级别对客户公示、与定价联动、写入 B 端投标文件	信任状→转化率→客单价
配套保障	师资至少 1 名持中级护士资格；继续教育年度课时制；服务档案一人一档、保存期≥3 年；机构应为患者及陪诊师购买第三方服务保险	对应上海 T/YLXHB 000013—2024 管理保障条款（档案/保险/信息化追溯）

认证的三重资产属性：对内，它是晋升通道与留人工具（呼应 16.2）；对客户，它是下单前可见的信任状；对 B 端，它是进入医院与保司供应商库的资质

证明（呼应 7.2.2 采购门槛与 1.6 谈判清单）。建议认证记录全部电子化归档，与工具包 SOP 卡的留痕点共用一套台账。

持证上岗也有民意基础：王珍等的调查显示，68.8% 的受访者认为陪诊师应当持有技能证书，认为“便宜即可、无需资质”的仅 13.49%——消费者愿意为“可信的专业”付费，证书正是这种信任的可视化载体。

机构问卷（N=39）的合规画像补充了现实进度：87.2% 的机构已公示收费，71.8% 建立全程数字化服务记录，56.4% 做到每单必签合同，51.3% 已组织学习 GB/T 47801—2026；但 30.8% 的机构未为陪诊师购买任何保险，三险（职业责任/意外/雇主）齐全的仅 15.4%——保险是当前合规体系最大的洼地，也是机构用最低成本补齐“信任资产”的优先项。

本章收束：机构视角的第七章回答“怎么经营”，本章回答“靠谁经营”。洗牌期结束后留在牌桌上的机构，一定是“人有证、单有痕、责有界”的机构。本章与 7.8（招聘留存）、10.3（合规清单）、附录 SOP 框架共同构成陪诊师的全周期管理闭环。

附录：图表索引

图号	内容	文件
图 1	中国近五年老龄化趋势与人口年龄结构	cn_whitepaper_fig1_ageing.png
图 2	中国医疗资源结构与关键医疗指标	cn_whitepaper_fig2_medical.png
图 3	中国各年龄段陪诊需求推算与场景结构	cn_whitepaper_fig3_demand.png
图 4	市场规模敏感性分析	cn_whitepaper_fig4_market_size.png
图 5	中国陪诊市场成熟度演变雷达图	cn_whitepaper_fig5_maturity.png
图 6	中型机构核心痛点严重度评估	cn_whitepaper_fig7_pain_points.png
图 7	中小陪诊机构发展路径：风险-收益策略矩阵	cn_whitepaper_fig10_strategy_matrix.png
图 8	中国陪诊机构数量演变与转型趋势（2024-2030）	cn_whitepaper_fig8_lifecycle.png
图 9	中国七大区域老龄化对比与市场吸引力矩阵	cn_whitepaper_fig6_regions.png
图 10	中国陪诊行业风险演变雷达图	cn_whitepaper_fig9_risk_radar.png
图 11	陪诊有道·中小陪诊机构机会矩阵（2026）——42 个机会方向四象限分布	cn_whitepaper_fig11_opportunity_map.png

附录：数据溯源表

下表汇总全书关键数据的数值、来源与推算路径，便于读者核验与引用。

数据指标	数值	来源 / 推算过程	出现章节
全国常住人口	140,489 万人	国家统计局《2025 年国民经济和社会发展统计公报》	第一章、执行摘要
60 岁以上人口	32,338 万人 (占 23.0%)	全国老龄办《2025 年度国家老龄事业发展公报》	第一章、执行摘要
65 岁以上人口	22,365 万人	全国老龄办《2025 年度国家老龄事业发展公报》	第一章
人均年就诊次数	7.5 次	国家卫健委《2025 年我国卫生健康事业发展统计公报》	第一章、第二章
年陪诊理论需求	64,812 万人次	分年龄段人口 × 年就诊次数 × 陪诊需求率，推算见第二章	第二章、第三章
年陪诊有效需求	约 2.9 亿人次	理论需求 6.4812 亿人次 × 付费意愿率 45%	第三章、第四章、执行摘要
市场规模（2025）	约 67 亿元	有效需求 2.92 亿人次 × 付费转化率 12% × 加权客单价 192 元	第五章、执行摘要
市场规模（2030）	250 亿元	有效需求 5.50 亿人次 × 转化率 18% × 客单价 265 元（公式推算约 262 亿元，保守取整为 250 亿元，见修正说明④）	第五章
当前实际从业者	约 25 万人	有效需求 ÷ 人均年服务单量倒推，个人散工占约 92%	第四章、第七章
市场成熟度	4.13 分/10 分	七维度加权评分（政策/人才/标准/数字化/支付/集中度/认知，见 6.1 节）	第六章、执行摘要
行业一手调研	机构 N=39、 陪诊师 N=19	陪诊有道 2026 年行业问卷（机构 N=39、陪诊师 N=19，调研进行中）	7.2.1 节
医院采购样本	广医二院（管理费率≥	两院公开采购文件（2025 年 10 月、2026 年 3 月）	7.2.2 节

	10%) 、天津塘沽妇产医院		
第三方大样本调研	总样本 3,865 份（居民 627/患者 620/陪诊师 215/社工 323/养老机构 528/医务工作者 1,552）	中国社会福利与养老服务协会、蓝豚医陪《陪诊服务发展研究报告（2025）》，2025 年 5 月，京/沪/浙三地	第二章、第四章、7.2.3 节、第八章
年国际患者接诊量	128 万人次（2025 年）	媒体公开报道引述行业数据：较三年前增长 73.6%，东南亚患者每年超 15 万人次（参考文献 26–28）	15.5 节
综合收入情景（2032–2035）	约 1,100 亿元（五层模型）	核心陪诊 262 亿+会员 155 亿+诊后专病 90 亿+绿通 150 亿+长护险 300 亿+B 端 60 亿+涉外 90 亿；情景推演，假设随文标注（参考文献 29–30）	15.6 节
陪诊师群体画像	女性 82.79%、21–40 岁占比超 90%、医学及护理背景 17.21%、仅约 10%受过系统培训	中国社会福利与养老服务协会、蓝豚医陪《陪诊服务发展研究报告（2025）》供给侧调研（N=215），2025 年 5 月	16.1 节、16.4 节
陪诊相关企业累计注册/注销	累计 1,723 家，注销 457 家（约 25%）	陪诊有道研究院企业注册监测	第八章
2025 年陪诊中标项目市场	覆盖 23 省，华东占 46.5%，TOP10 机构占 35.2%	陪诊有道×寻标宝《2025 年中国陪诊行业中标市场全景分析报告》	7.2.2 节
上海试点陪诊师上	1,203 名（11	上海市民政局公开数据及媒体	9.3 节

岗规模	个试点区）， 杨浦 514 名服 务超 8,000 单	报道	
家庭陪诊支付意愿	50.1%受访家 庭愿为陪同就 医付费 (N=5,000)	京东消费及产业发展研究院居 家养老调研	第二章
陪诊师职位增速	同比+30.7%， 连续两年超 30%	暨南大学经济与社会研究院、 智联招聘《2025 中国新就业形 态报告》	16.1 节
医疗商业贿赂入刑 门槛	单位 10 万元、 个人 3 万元	“两高”法释〔2026〕6 号 (2026 年 5 月 1 日起施行)	10.2 节
中移康养服务采购 预算	4,490.64 万元 (不含税， 2026— 2028)	中移（杭州）询比公告及中选 公示	12.5 节、案 例库 A-07
AI 数字陪诊服务量	华西 85 万人次 /月均 10 万； 京东卓医 500 万人次	中国移动官方发布、《光明日 报》报道	8.4 节、案例 库 A-08
人保健康服务使用 量	2025 年上半年 9,400 万人次 (同比 +56.7%)	企业观察网转引人保 APP 数据	12.5 节、案 例库 B-38
上海持证陪诊师规 模	超 1,700 人 (截至 2026 年 6 月，媒体 口径)	新民晚报报道（机构转述）	9.3 节
县域陪诊成交价	半天 80—150 元（福建龙 岩）	陪诊有道行业素材汇编	9.4 节、案例 库 B-37

附录：参考文献

官方统计与政策文件

1. 国家统计局：《2025 年国民经济和社会发展统计公报》，2026 年 2 月
2. 国家卫生健康委员会：《2025 年我国卫生健康事业发展统计公报》，2026 年
3. 全国老龄工作委员会办公室：《2025 年度国家老龄事业发展公报》，2026 年
4. 中共中央办公厅、国务院办公厅：《关于加快建立长期护理保险制度的意见》，2026 年 3 月 25 日
5. 国家医保局、财政部：《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37 号），2020 年 9 月
6. 民政部等八部门：《关于培育养老服务经营主体促进银发经济发展的若干措施》（民发〔2025〕66 号），2025 年 12 月
7. 国务院新闻办公室：“加快建立长期护理保险制度”新闻发布会实录，2026 年 3 月 26 日
8. 国家统计局：《第七次全国人口普查公报（第五号）——人口年龄构成情况》，2021 年 5 月

标准文件

9. GB/T 47801—2026《社会化陪同就医服务 基本要求》，2026 年 7 月 2 日发布，2026 年 11 月 1 日起实施
10. T/CASWSS 041—2025《老年陪诊服务规范》团体标准
11. T/SSFSIDC 025—2025 陪诊服务相关团体标准
12. T/CHAC 007—2025《陪同就医服务规范》团体标准（中国社区卫生协会），2025 年 10 月 30 日发布，2025 年 11 月 1 日起实施

13. T/CWEMS 0030—2025《健康陪诊服务规范》团体标准（中国水利电力医学科学技术学会），2025年6月18日发布，2025年7月18日实施

行业研究报告

14. 中国社会福利与养老服务协会、圈地科技（北京）有限公司（蓝豚医陪）：《陪诊服务发展研究报告（2025）》，2025年5月

15. 陪诊有道、陪诊学苑：《2026—2027 中国陪诊助医生态商业创新发展趋势报告》，2026年4月

16. 陪诊有道：2026年陪诊行业问卷调研（机构问卷 N=39、陪诊师问卷 N=19，调研进行中），2026年8月启动

采购与招投标文件

17. 广州医科大学附属第二医院：《患者就医陪诊服务合作项目》竞争性磋商文件（项目编号 0724-2610Z3150262），2026年3月

18. 天津市滨海新区塘沽妇产医院：《陪诊与线上管理一体化服务项目》采购文件（项目编号 ZB2025058），2025年10月

19. 全国陪诊相关公开招标/中标项目信息整理（2024—2025），见《2026—2027 中国陪诊助医生态商业创新发展趋势报告》

国际资料

20. 日本厚生劳动省：《介护保险事业状况报告》《介护给付费实态统计》

21. 经济参考报：《日本能否破解“重度老龄社会”困局》，2026年7月28日

22. U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services: Calendar Year 2024 Physician Fee Schedule Final Rule（患者导航服务报销条款，2024年1月生效）

23. Freeman HP. The History, Principles, and Future of Patient Navigation. 美国癌症协会/CDC 文献

媒体与公共信息

24. 国家市场监督管理总局（国家标准全文公开系统）：GB/T 47801—2026 起草单位名单公示
25. 天眼查企业工商注册数据（陪诊相关经营范围企业，截至 2026 年 1 月）
26. 中国新闻网等媒体报道：外国患者来华就医与涉外陪诊案例（陪诊师服务美国患者“翻译+导航+协调员”全流程），2026 年
27. 行业公开数据：2025 年国内重点涉外医院接诊国际患者 128 万人次、较三年前增长 73.6%；东南亚患者每年来华超 15 万人次（媒体公开报道引述），2026 年
28. 海南博鳌乐城国际医疗旅游先行区：2026 年一季度境外医疗旅游 3,053 人次、同比增长 800.59%；“特药险国际版”直付探索与国际保险直结进展（公开报道），2026 年
29. 国家医疗保障局：《2025 年医疗保障事业发展统计快报》（长期护理保险参保 30,854.76 万人、待遇享受 192.91 万人、基金支出 186.44 亿元、定点服务机构 1.3 万家、护理服务人员 40.28 万人），2026 年
30. 国家金融监督管理总局：2025 年健康保险业务保费收入 9,973 亿元（行业统计数据）；行业公开分析：保司 TPA 健管服务（就医绿通、陪诊、护工等）使用率约 2%—3%，2026 年
31. 上海市养老服务行业协会：T/YLXHB 000012—2024《陪诊师从业技能要求》、T/YLXHB 000013—2024《陪诊服务规范》，2024 年 7 月 1 日发布实施
32. 爱选科技（ISE）：《保险行业陪诊服务市场洞察》，2025 年 12 月。
33. 江苏省老龄健康与产业研究院等：《陪同就医服务发展研究报告》，2025 年 11 月。
34. 暨南大学经济与社会研究院、智联招聘：《2025 中国新就业形态报告》，2025 年。

35. 上海市职业技能鉴定中心指导编写：《老年助医陪诊（专项职业能力）评价指导手册》，2025 年。
36. 北京移动互联网健康服务协会陪诊专业委员会：《陪诊服务高质量发展专家共识（2025）》，2025 年 7 月。
37. 最高人民法院、最高人民检察院：《关于办理商业贿赂刑事案件适用法律若干问题的解释》（法释〔2026〕6 号），2026 年 5 月 1 日起施行。
38. 京东消费及产业发展研究院：居家养老服务需求调研（样本量 5,000 个家庭），2026 年 3 月。
39. 陪诊有道：《2025 年中国陪诊行业中标市场全景分析报告》，2026 年 4 月。
40. 《中国新闻周刊》：陪诊师职业调查报道，2026 年 2 月。
41. 《光明日报》：《从“能对话”到“能干活”》，2026 年 7 月 30 日。
42. 新民晚报：上海仁济医院“AI 陪诊码”上线报道，2026 年 7 月。
43. 法治日报-法治网：GB/T 47801—2026《社会化陪同就医服务 基本要求》发布解读，2026 年 7 月。
44. 中移（杭州）信息技术有限公司：《2026 年至 2028 年全国版康养高价值服务采购项目》询比公告及中选候选人公示，2026 年。
45. 株洲市人民医院：《引进助医陪诊服务项目竞争性磋商邀请公告》，2026 年 8 月 18 日；湖南医聊相关报道，2026 年。
46. 健康之路（HKI02587）：中标公告；证券日报相关报道，2026 年。
47. 全国总工会：“惠工保”职工防癌保障产品说明；企业观察网：中国人保 APP 健康权益服务数据报道，2026 年。
48. 陪诊有道研究院：行业素材汇编（案例拆解·引用源核验版，41 例），2026 年 10 月。

学术研究文献

49. 吴欣熠、沈微微：《超大型城市老年人陪诊服务使用意愿及需求研究——以上海市为例》，《老龄化研究》（Aging Research），2024 年。
50. 王珍、樊梦杰、张欣等：《陪诊对提升患者就医质量的影响》（南京市 4 家三甲医院老年患者调研），《科技创业月刊》，2024 年。
51. BAI Siyi: Status quo and influencing factors of selecting and recommending escort service for children of the elderly, 《护理研究》（Chinese Nursing Research），2024 年。
52. 闫晓静：《基于微信公众平台的门诊全流程智慧服务现状调查研究》，《医学信息学杂志》，2024 年。
53. 陈威震、魏文斌、陈继艳等：《眼科老年患者医务社工陪诊服务的初步效果》，《眼科》，2025 年。
54. 田雅萱、潘湘竹、张永芮等：《陪诊师的现状及调查研究》，《社会科学前沿》，2025 年。
55. 马纯华、韩祺、龚雪等：《深圳市老年人子女对老年人就医陪诊服务意愿及其影响因素》，《护理研究》（Chinese Nursing Research），2026 年。
56. 委康、孙珊、徐文希等：《陪诊小程序系统的设计与实现》，《服务科学和管理》（Service Science and Management），2026 年。

附录：术语表

术语	定义（本白皮书语境）
陪诊（社会化陪同就医）	由非医务人员为患者提供就医流程协助的辅助性服务，含挂号、陪同、取药、记录医嘱、情感支持等；不参与诊疗决策（GB/T 47801—2026 界定）
助医	陪诊的上位概念，涵盖就医全流程的协助服务，包括诊前规划、诊中陪同、诊后随访
陪诊师	从事陪诊服务的从业人员；截至本白皮书发布尚未纳入《中华人民共和国职业分类大典》
中小陪诊机构	以陪诊为核心业务、独立市场化运营、尚未形成跨省直营网络与平台化调度能力的服务组织；可观测参照（满足其二）：专职及签约陪诊师 3—50 人、月均单量 300 单以下、年营收 500 万元以下、服务半径单城或相邻都市圈。见 7.1 节
理论需求	按人口结构×就诊频率×陪诊率推算的客观需求总量（64,812 万人次/年）
有效需求	理论需求中具备付费意愿的部分（理论需求×45%≈2.9 亿人次/年）
市场满足率	已激活付费需求占理论需求的比例（当前约 5%）
去陪诊化	陪诊机构收入结构中陪诊主业占比下降、多元化经营上升的现象（74.4%机构已多元化，门诊陪诊收入占比中位数约 45%）
院延服务	医院服务向院外延伸的业务形态，机构与医院合作承接患者院外照护与陪同
五大业态	平台型服务商、流量生态赋能者、院延服务运营商、专精型机构、独立执业者的行业终局分类
前置仓模式	在医院周边布设线下门店作为订单整合、分发与陪诊师调度节点的履约模式（深岚陪诊首创）
B2B2C	通过企业、医院、保险等 B 端渠道触达终端用户的获客模式，相对纯 C 端流量
高价优先法	广医二院采购文件中的价格评审规则：管理费率报价越高得分越高，反映医院流量变现逻辑
洗牌期	2026—2027 年国标实施驱动的行业出清阶段，预计约 1/3 小微机构退出或转型
长护险（长期护理保险）	社保“第六险”，为失能人员基本生活照料和医疗护理提供保障；2026 年 3 月中办国办发文全国推行，2028 年底基本全覆盖

Patient Navigator	美国的患者导航员制度，1990 年起源于肿瘤领域，2024 年 1 月纳入联邦医保报销，成为中国陪诊职业化的国际参照
服务质量保证险	将陪诊服务质量风险产品化的履约保险，“有保险”正成为机构投标与获客的信任状
SOP（标准作业流程）	将服务拆解为可考核标准动作的管理方法，见附录《机构服务 SOP 框架要点》
CAC（获客成本）	获得一个付费客户的平均成本；本白皮书以获客费用占订单收入比重作警戒线（25%）
LTV（客户生命周期价值）	单个客户在全部关系周期内贡献的收入总额；服务链延伸（7.7 节）的核心目标即提升 LTV
B2B2C	机构先与企业/保险/政府签约、再由其触达终端用户的渠道模式，见 12.5 节与 13.2 节趋势 6
飞单	陪诊师绕过所属机构私下承接机构客户订单的行为，见 8.4 节
证单比	区域持证陪诊师数÷区域月均陪诊单量；>1 即供给过剩，上海浦东约 2:1（9.3 节，V1.13 首提）
出圃率	区域年度“毕业”机构数（跨省直营/平台化调度/年营收超 500 万）÷区域中小机构总数，区域市场成熟度的动态流速指标（9.1 节，V1.13 首提）
B 端依赖度	B 端订单收入占机构总收入之比；30%为成树期门槛，与会员收入占比构成收入结构“双指标”（7.3 节，V1.13 首提）
成长六阶段	中小陪诊机构成熟度六阶生长型命名：种子期→萌芽期→幼苗期→扎根期→成树期→出圃期（8.1 节，V1.13 首提）
市场九类玩家	全市场机构分类类比命名：“大厂”型/“滴滴”型/“跨界大牌”型/“国家队”型/“链家”型/“院边店”型/“专卖店”型/“夫妻店”型/“网约车司机”型（8.3 节，V1.13 首提）

附录：陪诊服务典型案例库

本库收录 2025—2026 年公开报道与机构公告中的陪诊服务案例 44 条：A 组医院场景 14 例、B 组异业合作 24 例、补录 6 条。统一按“主体—模式—定价—数据—引用价值”五字段压缩成卡，正文相关章节以编号引用（如 A-04）。信源分级：一级为官方公告与标准原文，二级为中央/都市媒体，三级为行业智库与自媒体；标注“机构自述”的数据为机构提供、媒体转述，引用时请保留标注。素材来源：陪诊有道研究院素材汇编（2026 年 10 月，引用源核验版）。

A 组 医院场景案例（14 例）

A-01 上海奉城医院“医路陪伴”（医院自营·公益型） 8 名门诊护士+导医志愿者自建队伍，全程免费，覆盖 80 岁以上老人与独自就医困难者；运行近一年服务超 400 位患者（机构自述）。引用：公益兜底型样本，医院适老化口碑的低成本起点。

A-02 梧州市妇幼保健院“护小伴”（医院自营·专科型） 妇幼专科一对一全程陪伴，服务号预约并预规划就诊路线，覆盖产检、儿童体检及外国友人语言协助。引用：陪诊≠仅服务老人，专科医院差异化打法。

A-03 海宁市人民医院门诊陪诊试点（医院自营·有偿透明型） 电子胸牌+系统培训上岗，首小时 50 元、之后每半小时 25 元，收费公示，设 6 类优先人群，2026 年 9 月起试点。引用：院内定价显著低于市场价，“医院主导、普惠定价”参照系。

A-04 株洲市人民医院×湘医健康（公开招标·零预算·国标落地第一案） 湖南首家公开竞争性磋商遴选陪诊运营方的综合公立医院：院方零预算、仅开放场景并监管考核，机构自负盈亏、市场化收费接入医院官方小程序。四套机制：准入（背景筛查+体检+实名备案+统一标识）、过程（订单双向备案全程留痕）、清单（正负清单院内公示）、退出（督查+自律+考核退出，重大责任事件可终止合作）。湘医健康累计服务五万余户家庭（机构自述）、牵头湖南首份陪诊团标。引用：核心标杆，见 7.2.2 节。

A-05 福州市第二总医院陪诊招标（公开招标·营收分成） 医院统一抽取 15% 服务营收作为管理费，覆盖场地运维、质量监管、投诉处理；项目周期 3 年、一年一签、年度考核续约；七大标准化服务，要求英语+福州话双语人员，足额投保公众责任险与人员意外险（2026 年 6 月 23 日公告）。引用：分成模式标准样本，合同范式可直接引用。

A-06 多地医院招标群像（趋势样本群） 诸暨市中医医院（平台化运营征询）、南京鼓楼医院集团宿迁医院（市场调研）、杭州市中医院（公开招标，公益+有偿结合型定价）、福州市中医院、北京新华卓越康复医院（供应商建库五条资质：固定场所、医学背景人员+专职客服+持证陪诊、北京三甲资源、应急机制、无骗保不良记录）。引用：公立医院官方准入替代散户私单的拐点证据链。

A-07 中移（杭州）全国版康养高价值服务采购（B 端集采） 预算 4,490.64 万元（不含税），合同期 2 年（2026—2028），就医陪诊（单人版/家庭版）与专家预约打包，5 家中选共享份额、单家上限 50%；对照 2024—2025 批次 7 家中选人，供应商池向规模化玩家集中。引用：陪诊进入大 B 端集采视野，见 12.5 节。

A-08 华西医院“皮西西”AI 数字陪诊（院企合作） 华西医院×中国移动：覆盖 57 个临床科室、270 余诊间，累计服务超 85 万人次、月均 10 万，语义识别准确率超 95%，方言识别，7×24 小时。引用：规模化效率标杆，见 8.4 节。

A-09 上海仁济医院“AI 陪诊码”（政企医三方协同） 仁济×浦东民政×蚂蚁健康，依托“浦老惠”与“仁小爱”：公益申请—医院审核—平台匹配陪诊师—一键生成陪诊码，1 对 1 匹配、仅当天任务者可扫码，不展示医保码等敏感信息、无支付功能、可随时中止（2026 年 7 月 4 日上线）。引用：隐私设计范本+三方分工完整样本，见 8.4 节。

A-10 “合力益心”助老就医（基金会×平台补贴制） 中国老龄事业发展基金会×滴滴陪诊，落地浙江省中西医结合医院、杭州市一医院城北院区；65 岁以上老人全程免费，每次最长 3.5 小时、每人每月 2 次。引用：“3.5 小时/月 2 次”额度设计是控费与保基本的平衡点。

A-11 济南“泉医到家”护理站联盟（城市级平台） 护理站联盟为核心，医疗机构—社区卫生服务中心—社区护理站三级体系，平台统一下单、护理站就近履约。引用：陪诊作为居家护理服务包子项进入政府级平台。

A-12 上海黄浦“五边颐养”一键陪诊（区级政务平台） 小程序上线“一键陪诊”模块，与助老服务卡信息共享，服务资格与身份核验打通。引用：政务数字化底座为陪诊提供合规入口与补贴发放通道。

A-13 上海杨浦殷行“时光驿站”99 元陪诊（街道社区型） 公益定价 99 元/次 + 持证陪诊师 1 对 1 上门 + 国融乐养平台（随申办）派单；“三板斧”：橙色马甲物理渗透、Q 版头像便利夹、20 分钟响应承诺；陪诊师携带血压计、饼干等“万能口袋”。月单 400+、累计 3,700 单（机构自述）。引用：公益价可运营性验证 + 服务人性化细节范本。

A-14 反向样本：多家三甲“无市场化陪诊”现状（对照组） 石河子大学一附院、哈医大一院、西安交大一附院、北京博爱医院、陆军军医大学一附院等：院方仅提供免费志愿导诊、轮椅借用等便民服务，付费陪诊全部来自第三方。引用：必须保留的对照组——“医院上线陪诊”多为开放场景+监管而非自营售卖。

B 组 异业合作案例（24 例）

保险行业（7 例）：

B-15 平安人寿浙江×平安健康险：社区“兼职陪诊师”（险企+社区人力混编） 社区居民经课件学习+线上测试+面试考核后上岗，平安健康险专业陪诊师全程带教，系统定向派单；一周实现独立接单。引用：轻资产人力创新样本。

B-16 平安健康险“平安乐健康”（险医融合全链条） 聚焦线上问诊、陪诊、陪护三大场景，陪诊设计 19 项标准流程嵌套系统；依托覆盖 380 个城市、90%三甲医院的陪护网络，最快 24 小时到位。引用：险企转型叙事核心样本，见 12.5 节。

B-17 瑞众保险湖南×湘医健康（保险批量采购） 公开采购陪诊服务，提供诊前预约—诊中陪同—诊后报告整理全流程，协助整理理赔材料、降低医疗成

本；湘医健康为第一中标候选人。引用：陪诊对险企的双重价值——客户黏性+理赔控费。

B-18 蓝十字健康×蚂蚁健康×度晓保（会员订阅+保险渠道分发） 家庭健康会员产品整合 7×24 健管师、三甲问诊、就诊协助及陪诊、护工等权益，经度晓保平台首发分发给保险用户（2025 年 11 月签约）。引用：“陪诊作为会员权益 SKU”的典型。

B-19 前海人寿陪诊增值权益网络（保险自营） 保单服务体系内置陪诊权益，“旗下 4 家医院+1,312 家全国合作医院”服务网络覆盖 330 城，旗下医院客服统一着装、佩戴工牌一对一陪诊。引用：险企“自建队伍+外部网络”双轨样本。

B-20 福寿康×平安私人银行（高净值客群权益） 为私行客户提供陪诊陪护及院后居家护理一站式服务，打通“院中—院后”链路。引用：陪诊向上延伸高净值市场。

B-21 安护通“安护健康权益卡”×中国人保（企业福利+保险兜底） 权益卡打包门诊协助、陪诊（单次最长 4 小时）、住院协助、7 天陪护，面向企业员工福利与保险增值权益；与人保合作为陪诊全程投保。引用：“服务+保险”双向保险机制的可复制模板，见 10.3 节。

社区与物业（5 例）：

B-22 徐汇“物业+陪诊”龙吴路首单（物业+公益基金+陪诊师三方） 陪诊师负责挂号、检查、缴费、取药并记录医嘱（用药剂量写在药盒上），物业专员负责接送等候，双人搭档；老年基金会补贴后居民支付 300 元/4 小时；街道推动物业养老专员参加陪诊师培训持证上岗。引用：双人组分工范本+补贴后定价实测。

B-23 徐汇龙华街道“一人一档”服务闭环（社区嵌入·数据闭环） 需求发现—服务对接—过程记录—效果追踪四步闭环；专属“一人一档”、定制陪诊方案，出具《医嘱记录单》同步家属，就诊信息反馈社区卫生服务中心由家庭医生回访。引用：服务闭环设计标杆，见 10.3 节。

B-24 浙江“物业+养老”三例（物业转型·冷思考样本） 绿城椿龄（护士背景健康管家）、滨江集团（嵌入式养护机构）、温州众安（服务集成商，年降本约 15 万元）；但 365 元/年套餐半年仅个位数购买，3,000 人小区至少需 3 名专职人员。引用：必须保留的冷思考——投入大、付费意愿低、专业能力不足三道坎。

B-25 长沙天心区云塘社区陪诊师培训（社区人才培养） 理论+模拟实操（医疗常识、就医流程、老年心理关怀、应急处理），结业推荐至养老服务站、医疗机构或自主接单。引用：“社区培训—持证—推荐就业”最小可行样本。

B-26 杨浦殷行“国融乐养陪诊平台” 见 A-13，社区场景与平台派单双重属性。

互联网与出行平台（6 例）：

B-27 滴滴陪诊：出行平台三级履约网络 “平台总部—本地履约服务商—持证陪诊师”三级履约网络，协议、培训、信息分级管控严守非法行医红线；单次低至 176 元，超时 15 分钟以上加收 50 元/小时，65 岁以上公益价 3.6 小时 246 元；2026 年 5 月杭州试点、6 月独立小程序上线；南京鼓楼区联合成立助医陪诊联合体，培育 300 名持证陪诊师。引用：平台型基础设施完整架构图。

B-28 京东“护士到家”+京东卓医（医疗资源型平台） 以执业护士为服务主体，7 大类 62 项服务含就医陪诊，最快 3 分钟接单；准入要求护师及以上职称、3 年以上临床经验，入驻上万名执业护士；AI 就医管家累计服务超 500 万人次。引用：人力资质门槛最高样本。

B-29 美团“本地生活”银发服务矩阵（流量分发型） 陪诊、代取药、上门助浴作为银发服务矩阵 SKU，靠分发效率赚佣金，与社区养老中心合作获客。引用：“陪诊=标准化生活服务 SKU”的最极端案例。

B-30 阿里系“云陪诊”：安诊儿 3.0+蚂蚁阿福（AI 生态型） 数字陪诊人安诊儿 3.0 覆盖 10 个核心节点 37 项服务；蚂蚁阿福延伸到日常健康数据管理，从单次陪诊走向持续健康管理。引用：服务颗粒度量化样本。

B-31 蓝豚医陪一站式平台（垂直平台） 整合独立陪诊师、机构与医疗/康复/养老/护理/检测机构；陪诊师“0 成本开店”、服务完实时结算，智能打卡+实时追踪、保险覆盖、分级权限隐私保护。引用：陪诊师供给侧平台样本。

B-32 悦伴陪诊（垂直服务商·合规切入） 医疗资质筛选+流程可塑+每单赠险，主打老年、异地就医、术后康复人群。引用：“每单赠险”是行业风控标配化的证据，见 10.3 节。

其他异业（6 例）：

B-33 西安澜尘陪诊×药店“健康驿站”（药店场景共享） 药店流量叠加倍诊/健管服务锁定长期复购；布局国企员工福利、康养康复、跨境医养旅游。引用：“陪诊作为药店第二增长曲线”样本（另见 7.4 节澜尘案例卡）。

B-34 上海人人家政“1+N”居家养老服务包（家政增值） 基础住家照护+保洁、助餐、助浴、陪诊、康复按次叠加；依托 2,000 多平方米培训中心批量培养持证人员，复制数百家社区店。引用：陪诊作为家政增值项；培训重投入模式对照。

B-35 兔兔陪伴×中意保险×瑞恩医疗（企业园区三方协同） “送健康进单位”进青岛海洋化工研究院，现场远程挂号、医保结算、送药上门；兔兔陪伴为《健康陪诊服务规范》团标发起单位。引用：B2B2C 企业端场景样本。

B-36 小橙集团：陪诊引流+长护险转化（养老集团流量入口） AI 生成就诊规划做派单式服务，陪诊作为获客入口，700 余项服务嵌入保险产品，中老年客户转化长护险主业；全国注册陪诊人员三四万。引用：“陪诊是入口不是终点”的核心论据，见 15.2 节。

B-37 福建龙岩下沉市场社区民生创业（轻资产） 医院周边陪诊取药、代取报告等轻资产服务，就近社区化运营，半天 80—150 元，低于一、二线城市（120—300 元/半天）。引用：下沉市场定价样本，见 9.4 节。

B-38 保险与工会普惠权益标配化（普惠保险） 全国总工会“惠工保”45 元/年职工防癌保障升级，标配就医陪诊、住院陪护权益；中国人保 APP“领权益”整合 13 大类健康服务含全流程陪诊，2025 年上半年服务使用 9,400 万人次、同比增长 56.7%。引用：陪诊进入普惠保险标配，见 12.5 节。

补录案例（6 条）：

C-01 湖北“楚大夫”全省 AI 云陪诊平台 同济医院为首批 15 家接入医院之一，计划 2026 年底前覆盖全省三甲医院。引用：省级 AI 陪诊平台的起步样本。

C-02 广州首例“福祉转运+陪诊”一体化 如约出行黄埔分公司×深岚陪诊：九旬华侨老人中山三院→东升医院“病房到病房”全程 5 小时，如约小程序一键预约。引用：“出行+陪诊”融合新场景。

C-03 湖南全国首场对标国标陪诊师培训班 湖南省健康管理学会主办，国标起草专家现场解读。引用：国标培训落地的先行信号。

C-04 大湾区健康 OPC 产业学院 广杏里×广东药科大学×大湾区大健康产业联盟（2026 年 7 月 10 日揭牌），发布行业首部《健康 OPC 标准化培训手册》，含陪诊 OPC 九大赛道。引用：产教融合的人才供给新通道。

C-05 上海 0—3 岁婴幼儿就医陪护制度空白 老年助医全面推进但婴幼儿陪护仍是空白；有提案建议“宝宝屋”育婴员兼职陪护、郊区普惠试点。引用：服务人群细分的下一个政策窗口。

C-06 行业注册结构补充数据 2026 年 1—7 月新注册陪诊企业 128 家（天眼查口径，2026-07-14 统计）；东北新增 7 家；新注册中有限责任公司与个体户/工作室各 8 家（某周样本）。引用：与第八章注册序列互为补充。

附表一 异业合作五大范式

范式	代表案例	结算与分工	核心价值
权益采购型	瑞众×湘医健康、前海人寿、安护通权益卡	险企/企业批量采购，供应商履约	打通保险“最后一公里”
会员订阅型	蓝十字×蚂蚁×度晓保、平安乐健康	会员费打包多权益	高频服务带动加保率
社区嵌入型	徐汇物业+陪诊、龙华一人一档、平安社区陪诊师	补贴+低偿付费	邻里信任降本，兼顾灵活就业
平台派单型	滴滴、美团、蓝豚、小橙	平台抽佣/加盟分账	流量、调度、实名风控推动标准化
场景共享型	药店健康驿站、企业义诊、家政 1+N	流量互换、服务分成	陪诊作为入口，向健管、长护险延伸

附表二 价格分层对照表（2026）

价格档位	价格水平	补贴/主导主体	代表案例
院内自营价	首小时 50 元+每半小时 25 元	医院（普惠定价）	海宁 A-03
街道公益价	99 元/次	街道补贴	殷行 A-13
平台补贴价	单次低至 176 元；65+公益 3.6 小时 246 元	平台	滴滴 B-27
政府试点指导价	2 小时 120—180 元；4 小时 200—300 元	民政试点	上海 9.3 节
物业补贴价	补贴后 300 元/4 小时	基金会+物业	徐汇 B-22
下沉市场价	半天 80—150 元	无补贴（轻资产）	龙岩 B-37

附表三 2026 年医院陪诊招标时间轴（选摘）

时间	主体	类型	要点
2026-06	福州市第二总医院	公开招标	15%营收管理费、双语、双保险、一年一签
2026-06	中国人保/总工会“惠工保”	权益标配	45 元/年普惠产品标配陪诊权益
2026-07	仁济医院×浦东民政×蚂蚁	政企医协同	AI 陪诊码上线（7 月 4 日）
2026-07	中移（杭州）	B 端集采	4,490.64 万元康养服务包，5 家分份额
2026-08	株洲市人民医院	竞争性磋商	零预算、国标落地第一案（8 月 18 日公告）
2026-09	海宁市人民医院	院内试点	首小时 50 元收费公示（9 月起）
2026 年内	诸暨/宿迁/杭州/福州等	招标与调研	平台化运营、公益+有偿双轨、供应商建库

使用说明：本案例库为动态库，随白皮书版本滚动增补；引用数据请优先回溯一级信源（招标公告、上市公司公告、国标原文），三级信源观点仅作参考。

附录：机构服务 SOP 框架要点

本框架供中小机构直接套用裁剪，与 GB/T 47801—2026《社会化陪同就医服务 基本要求》、T/CASWSS 041—2025《老年陪诊服务规范》的要求对齐。

环节	关键动作	执行标准	记录工具
1 接单评估	需求确认（科室/病情/行动能力）；风险筛查（传染病、精神类、重症陪护能力评估）；报价与协议签署	15 分钟内响应；超能力订单明确拒接	接单表 + 电子协议
2 行前准备	核对证件/病历/医保卡；规划就诊动线；与客户确认联络方式	出发前清单打钩制	行前检查表
3 陪同就诊	全程陪同（挂号-候诊-就诊-检查-缴费-取药）；医患沟通记录；突发情况按应急预案处置	不替代医疗决策、不代签知情同意书（红线见 10.3 节）	服务记录仪 + 现场照片（经同意）
4 现场记录	医嘱要点、检查与取报告时间、用药注意、复诊时间	当日整理成诊后小结	标准模板
5 结束反馈	送返/交接确认；财物清点双签；诊后小结发送付费人	异地子女订单必发图文小结	电子回执
6 回访复购	24 小时回访；复查周期录入 CRM；满意度评价引导	差评 2 小时内响应	CRM 工单

服务禁忌清单：不垫付医疗费、不收红包、不评价医生诊疗方案、不在社交平台发布客户信息、不与客户发生服务外金钱往来。

附录：中小机构经营 KPI 指标体系

供机构月度经营复盘使用。参考值为行业经验区间（估算），机构应以自身连续 6 个月数据建立基线后再对标。

类别	指标	计算方式	健康参考值	2026 达标值	2027 目标值
获客	获客成本占比	月度获客费用÷订单收入	< 25%（7.3 节模型警戒线）	<25%	<20%
获客	渠道集中度	最大单一渠道订单占比	< 50%	<50%	<40%
履约	人效（日均单量）	月单量÷陪诊师数÷26 天	≥1.5 单/人/天（盈亏平衡见 7.3 节）	≥1.5	≥2.0
履约	履约率/爽约率	完成单÷接单数	≥98% / < 2%	≥98%	≥99%
质量	好评率	4–5 星评价÷全部评价	≥95%	≥95%	≥97%
质量	投诉率/事故率	投诉单÷总单量	< 1%；事故零容忍	<1%	<0.5%
财务	单均毛利率	（客单价－提成－变动成本）÷客单价	≥40%	≥40%	≥45%
财务	现金流安全垫	现金储备÷月固定成本	≥3 个月	≥3 个月	≥4 个月
财务	应收账款期（B 端）	应收账款÷月营收	< 1.5 倍	<1.5 倍	<1.2 倍
人力	陪诊师月留存率	月末在册÷月初在册	≥90%	≥90%	≥92%
人力	新人独立上岗周期	入职到独立首单天数	≤30 天	≤30 天	≤21 天
客户	复购率	90 天内二次下单客户占比	≥30%（慢病场景目标≥50%）	≥30%	≥40%
客户	转介绍率	转介绍订单÷总订单	≥20%	≥20%	≥30%

附录：中小机构三年规划工作表

本表配合第十四章使用：每年初填写目标列，每季度末复盘实际列，连续两个季度偏离目标 30%以上即触发对应章节的止损或调整条款。

维度	2026 目标	2027 目标	2028 目标	季度里程碑 (自填)	实际 (自填)
月单量	年末 350 单	550 单	800 单		
营收结构	C 端≥90%	C 端≤60%	四支柱成型		
复购率	≥30%	≥40%	≥45%		
团队规模	全职≥5 人	全职≥10 人	关键岗 AB 角		
B 端框架	结盟 1 家定点机构	首份框架合同	续签并扩量		
会员数	—	≥100 名	≥200 名		
现金流安全垫	≥3 个月	≥4 个月	≥4 个月		
合规完成度	六项清单全过	持续有效	长护险备案完成		

注：目标值与 14.1-14.3 节达标线一致；机构可根据所在区域（第九章）与生存组合（13.3 节）上下浮动 20%以内调整，但止损条款不建议放宽。

附录：数据与政策跟踪清单

本白皮书所有推算基于发布时点（2026 年 10 月）的公开数据。以下清单帮助机构持续更新关键输入变量，建议由专人负责、按期核对，发现重大变化时回看对应章节重算。

跟踪项	来源渠道	更新频率	影响章节
人口老龄化数据	国家统计局年度统计公报（每年 2 月底）	年度	第一、二章
医疗卫生资源	国家卫健委卫生健康事业发展统计公报	年度（年中）	第一章
长护险制度进展	国家医保局长护险专栏、地方医保局文件	季度	12.4 节
地方陪诊试点	地方政府红头文件、政府采购网招标信息	季度	9.3、9.4 节
行业标准动态	全国标准信息公共服务平台（GB/T 47801—2026 及配套）	半年	10.3 节
行业研究数据	养老/家政协会年报、行业研究报告	年度	第二、三、四章
平台竞争动态	头部平台服务频道、招投标公告	半年	8.4 节

使用方法：①把上表做成共享台账，逐项登记最新数据与链接；②每季度经营分析会首项议程核对一次；③任一变量变化超过本白皮书取值区间（如老龄化率突破 24%、长护险支付范围正式纳入陪诊），即按 2.1 节推算方法论更新测算，并重新校准三年规划工作表。

附录：2026 中小陪诊机构调研快报

数据来源：陪诊有道 2026 年 8 月启动的陪诊行业机构调研，本表数据截至 2026 年 10 月导出，有效机构问卷 39 份（其中 1 份因明显异常仅作部分剔除处理）。调研持续进行中，本快报将随样本量扩大滚动更新。填答人职务：总经理 12 人、创始人 8 人、负责人/法人/总裁等 19 人，决策层占比高。

表 A-1 样本画像

维度	分布 (N=39)
注册城市	覆盖 23 个以上城市：北京 7 家，上海 3 家，深圳、郑州、广州、南京各 2 家，其余分布于重庆、成都、杭州、济南、石家庄、张家口、滁州、梅州、绵阳、宜宾等地市；一线及新一线核心城市 16 家，其他地市 23 家
成立时间	2020 年及以前 3 家，2021—2022 年 8 家，2023 年 5 家，2024 年 7 家，2025 年 10 家，2026 年 6 家；2024—2026 年成立合计 59.0%
员工规模	1—3 人 3 家，4—10 人 15 家，11—20 人 8 家，21—50 人 5 家，51—100 人 1 家，100 人以上 5 家（另有 2 家未按档填写）
服务覆盖	跨省 16 家，单城市多区域 11 家，跨城市（省内）10 家，单城市单区域 2 家
用工结构	兼职陪诊师占比中位数 77%（剔除 1 份异常问卷后 N=38）；6 家机构全职陪诊师为零；平台抽成 20%—30%为主流（24 家）

表 A-2 核心经营指标

指标	数据 (N=39, 自报口径)
平均客单价	150 元以下 12.8%；150—250 元 53.8%；251—400 元 23.1%；601—1000 元 5.1%；1000 元以上 5.1%
2025 年订单总量	500 单以下 33.3%；500—1000 单 15.4%；1001—3000 单 23.1%；3000 单以上 7.7%；10000 单以上 10.3%；不便透露 10.3%
2026 年增长	可测算 35 家机构上半年年化订单增速中位数约 40%，增速超 50%的 10 家，负增长仅 2 家
2025 年营收规模	50 万元以下 51.3%；50 万—100 万元 12.8%；101 万—300 万元 10.3%；301 万—500 万元 10.3%；不便透露 15.4%
2025 年盈亏状态	盈利 35.9%；盈亏平衡 33.3%；亏损 17.9%；不便透露 12.8%
复购率	50%以上 23.1%；41%—50%15.4%；21%—40%合计 28.2%；10%—20%23.1%；未统计 10.3%

收入结构	门诊陪诊收入占比中位数约 45%，代问诊/取药/取报告约 20%，其他业务约 30%；74.4%机构多元经营
月固定成本	2000 元以内 30.8%；2000—5000 元 20.5%；5000—10000 元 10.3%；10000 元以上 38.5%

表 A-3 合规、政策诉求与渠道

维度	数据 (N=39)
国标知晓	非常了解、已组织学习 51.3%；听说过、了解大概 20.5%；仅知道发布 20.5%；完全不知道 7.7%
标准化合同	每单必签电子/纸质合同 56.4%；仅高客单价订单签署 17.9%；计划引入或口头约定为主合计 25.6%
收费公示	线上线下均公示 74.4%；仅线上公示 12.8%；部分项目公示 10.3%；未公示 2.6%
保险	未购买任何保险 30.8%；职业责任/意外/雇主三险齐全 15.4%
过程追溯	全程数字化记录 71.8%；部分环节记录 20.5%；计划中 7.7%
协会/联盟	未加入 43.6%；市级养老协会 20.5%；省级养老协会 12.8%；中字头协会 12.8%
政府采购	常态化承接 17.9%；偶尔承接 33.3%；正在申请 12.8%；无此渠道 35.9%
政策诉求（多选）	纳入政府采购目录 82.1%；医保/长护险支付通道 56.4%；医院合作政策背书 53.8%；陪诊师培训补贴 33.3%；创业贷款/融资支持 23.1%
经营痛点（多选）	获客成本高、流量贵 61.5%；价格战激烈 51.3%；法律风险高、责任边界模糊 30.8%；与医院合作困难 30.8%；医保未纳入 23.1%；标准化程度低 20.5%；招聘难、流失率高 15.4%
获客渠道（前三）	微信私域/朋友圈/社群 76.9%；B 端团单采购 53.8%；社区/街道/养老机构 43.6%；短视频自媒体 41.0%；美团/大众点评 23.1%
资本意向	有计划尚未接触 46.2%；已有接触/在谈 25.6%；无计划 23.1%
未来 12 个月计划	聚焦核心业务 51.3%；扩张（增员/增城市）38.5%；维持现状 10.3%

编制说明

1. 本白皮书所有基础数据均来源于国家统计局《2025 年国民经济和社会发展统计公报》、国家卫健委《2025 年我国卫生健康事业发展统计公报》、全国老龄办《2025 年度国家老龄事业发展公报》等官方出版物。
2. 推算部分采用人口学模型和行业通用假设，已在正文中明确标注推算逻辑。
3. 本白皮书未引用任何未经核实的网络推测数据，所有市场规模推算均基于官方人口与医疗数据保守估计。
4. 版权声明：本白皮书由「陪诊有道」研究团队独立编制，转载须注明出处，禁止断章取义。



主笔：张志援 陪诊有道

让陪诊成为一个行业

出品方

陪诊有道

上海心广体胖管理咨询有限公司

专注陪诊行业研究与中小机构经营服务

配套产品

《陪诊有道·中小陪诊机构运营模板工具包 V1.2》

——白皮书方法论的可执行落地件

联系我们

公众号：陪诊有道 | 助博会 | 陪诊学苑



微信扫一扫，及时
了解行业最新资讯



微信扫一扫，查看
近期行业交流活动



微信扫一扫，学习
案例标杆

微信：peizhenyoudao003 邮箱：zhiyuan@xinguangtipang.com

白皮书版本：完整版 V1.20

© 2026 陪诊有道 版权所有