Service Science and Management 服务科学和管理, 2026, 15(6), 1184-1194
Published Online November 2026 in Hans. https://www.hanspub.org/journal/ssem
https://doi.org/10.12677/ssem.2026.156139

Hans汉斯

政府主导型老年人陪诊服务的地方政策比较研究

丁淑娟[1]，朱晓红[1]，涂嫚婷[1]，许依柔[1]，黄佩璇[2*]

[1]东莞理工学院法律与社会工作学院(知识产权学院)，广东 东莞
[2]广东第二师范学院历史与社会发展学院，广东 广州

收稿日期：2026年10月12日；录用日期：2026年11月5日；发布日期：2026年11月13日

摘 要

伴随我国人口老龄化加剧，老年人就医陪伴需求日益凸显。陪诊服务作为新兴的社会服务形态，分为政府主导型和非政府主体主导型，已有研究缺乏对前者的关注。运用吉尔伯特等人的社会福利政策分析框架，从分配对象、供给内容、递送方式、筹资方式四个维度，对上海市、合肥市庐阳区、浙江省舟山市和重庆市两江新区四地的陪诊服务政策或项目进行比较分析。研究发现四地在四个维度上呈现较大差异，形成了以养老服务机构为抓手型、基层医疗机构内嵌型、政府民政救助延伸型、大型医疗机构社志协同型的差异化做法，地区福利方式有混合型、补缺型和制度型。这些政策探索给其他地方政府的重要启示是应重视加强对困难老年人就医陪同的分层保障、明确陪诊服务人员的资质标准、推进社会工作者与志愿者协同服务和服务的风险防控。

关键词

老年人，陪诊服务，社会福利政策分析框架，政府主导型

A Comparative Study of Local Policies on Government-Led Chaperone Service for the Elderly

Shujuan Ding[1], Xiaohong Zhu[1], Manting Tu[1], Yirou Xu[1], Peixuan Huang[2*]

[1]School of Law and Social Work (School of Intellectual Property), Dongguan University of Technology, Dongguan Guangdong
[2]School of History and Social Development, Guangdong University of Education, Guangzhou Guangdong

Received: October 12, 2026; accepted: November 5, 2026; published: November 13, 2026

*通讯作者。

文章引用: 丁淑娟, 朱晓红, 涂嫚婷, 许依柔, 黄佩璇. 政府主导型老年人陪诊服务的地方政策比较研究[J]. 服务科学和管理, 2026, 15(6): 1184-1194. DOI: 10.12677/ssem.2026.156139

Abstract

With the population aging in China, the demand for chaperone service for the elderly has become increasingly prominent. As an emerging form of social service, chaperone service can be categorized into government-led and non-government-led types, yet existing research has paid insufficient attention to the former. Employing Gilbert *et al.*'s social welfare policy analysis framework, this study conducts a comparative analysis of chaperone service pilot policies or projects in four locations: Shanghai, Luyang District of Hefei City, Zhoushan City of Zhejiang Province, and Liangjiang New Area of Chongqing City. The analysis is structured across four dimensions: who is served, what is supplied, how it is provided and how it is funded. It is found that the four locations exhibit considerable differences across the four dimensions, resulting in differentiated approaches: taking elderly care institutions as a key lever, embedded services within primary healthcare facilities, government civil affairs assistance extended to elderly care, and collaborative social work with large medical institutions. Local welfare can be categorized into mixed, residual, and institutional types. These policy explorations offer important insights for other local governments. They should prioritize enhancing multi-tiered support for the disadvantaged elderly requiring accompaniment for medical care, clarify qualification standards for chaperone service workforce, promote the integration of social workers and volunteers as well as risk prevention and control of services.

Keywords

Elderly, Chaperone Service, Social Welfare Policy Analysis Framework, Government-Led

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).
http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Open Access

1. 引言

我国老年人口基数大、老龄化速度快，2025 年底我国 60 岁及以上老年人口达 3.23 亿，占总人口的 23%[1]，其中相当比例的老年人面临无人陪的“看病难”困境。以上海为例，独居老人达 30 万，他们中许多人因不熟悉就医流程、行动不便、子女无暇陪同等因素，在就医过程中困难重重，陪诊服务需求强烈[1]。某行业专题研究报告显示，八成以上的老年人就医时家人无法及时陪同，辅助就医的相关服务需求显著[2]。河南省陪诊服务调研结果显示，分别有 51.4%和 40.2%的被调查就医对象认为自己在无法独立就医的情况下会选择陪诊服务、在家人工作太忙或难请假(或请假成本高)情况下会选择陪诊服务[2]。

20 世纪 90 年代，正式的陪诊服务起源于美国的“患者导航”计划。我国陪诊行业起步相对较晚，近些年发展势头迅猛，2024 年国内陪诊市场规模突破 800 亿元，陪诊机构注册数量超过 1400 家[3]。在概念上，助医陪诊服务指陪同老年患者至医疗场所并协助其接受医疗诊治的活动，其本质是就医协助(或支持)类服务。在类型上，按对象分有独居失能等身体不便老年人、异地就医、独居青年、就医敏感患者等；按服务内容有协助接送、挂号、取药、缴费、问诊等；按服务过程有门诊陪同、住院陪同等，本研究主要关注前者；按供给主体分有个体服务、互联网平台、医院内部、家政机构延伸服务这几种类型[3]。人口老龄化、医疗分工细化、流程数字化和优质医疗资源不均衡等因素共同驱动老年人

[1]https://www.gov.cn/zhengce/202602/content_7060104.htm
[2]https://tjj.henan.gov.cn/2024/07-17/3023350.html
[3]https://www.sohu.com/a/1012988799_121948932

旺盛的陪诊需求，为更好地予以回应，扩大和优化老年人助医陪诊服务供给，近些年上海市等地出台相关政策，开展试点工作等，以更好地满足老年人群体多元化、高品质陪诊服务需求，提升老年人健康福祉。

2. 研究问题的提出

国内研究主要关注我国当前老年人及其家属对陪诊服务的认知和供需状况[4] [5]、陪诊服务选择意愿的影响因素[6]、陪诊服务国际经验[7]、陪诊服务市场或行业发展困境及对策这几个方面[8] [9]，对具有显著福利保障属性的助医陪诊服务社会政策缺乏研究。伴随不少地方政府逐渐出台陪诊服务政策，当前有必要加强社会政策视角下陪诊服务的深入系统研究。社会政策通常具有地方化特点[10]，应当分析老年人等群体保障服务的社会政策的构架及特点[11]，本文旨在研究福利视野下地方陪诊政策是否存在差异。首先，案例选择策略要能回应研究问题，即达成描述当前地方政府的陪诊福利制度安排及其类型的研究目标，所选个案的陪诊政策福利内容框架和福利类型应具备典型性，便于有目的的对比。其次，基于影响福利类型的重要因素选择一组个案，保留揭示为何存在差异的灵活性。根据韦伯“理想类型”的方法论，选择陪诊福利的需求程度(强/弱)与福利的供给能力(强/弱)两个核心特征(地域的老龄化程度主要反映前者，经济发展及财政实力和陪诊行业的发展主要反映后者) [12]。再者，罗伯特·K.殷也强调个案研究资料的可获得性对顺利实施案例研究的支撑。最终选取四地作为比较案例：上海市、安徽省合肥市庐阳区、浙江省舟山市和重庆市两江新区，它们分别是代表“需求强、供给能力强”“需求弱、供给能力强”“需求强、供给能力弱”、“需求弱、供给能力弱”四种不同组合的恰当案例。这四个地方既涵盖我国东部地区，又涉及中部和西部地区，在经济发展水平、老龄化程度、地理环境的基础情况上存在较大差异。四地做法均有较为充分的政策文件和媒体报道的资料来源。

中国社会政策研究中的一个重要议题是福利类型或模式及其比较[13] [14]，本文有利于丰富相关讨论。分析的逻辑框架是“福利要素–福利路径–福利类型”。通过对社会福利政策分析框架中四个要素的具体设计及其背后“价值”的细致分析，可以归纳出这些选择所共同指向的关于国家与市场关系的根本理念，从而将具体的陪诊福利政策要素(特别是分配对象)，归类到蒂特马斯等人所描绘的某种“类型”之中，两者并不是独立的，福利路径主要是指地方政府以何种服务机构或场所为抓手。考虑到地方陪诊处于试点阶段，还未完全定型或稳定，使用“福利类型”，而非“福利模式”，不仅能与社会政策文献中的经典话题“补缺型”抑或“制度型”福利模式的讨论开展对话[15]，还能增加中国老年人政府福利体系建设的知识。采用的资料收集方式是在民政部、国家卫生健康委等部委政府网站、地方政府网站和法宝网，检索近几年出台的以陪诊服务为主题的政策文件；同时收集陪诊行业机构、学术研究机构近几年组织撰写的编年史和调研报告。重要媒体对地方陪诊政策开展的报道也是补充性的资料来源；还以“陪诊”、“陪诊服务”为主题词，从中国知网检索相关的核心文献，共同为全面分析地方陪诊服务政策试点提供较为充实的文献和数据资料。

根据服务参与的主体，助医陪诊服务可分为政府主导型等类型[16]。新公共管理理论中，一般按照规划者(推动者)、筹资者、生产者、监管者的角色来区分政府与市场职能[17] [18]，有研究将这个思路应用到养老领域提出政府主导型养老服务[19]，本文也认为政府在陪诊服务供给的上述的多重角色中发挥了主要作用(不总是 100%全部承担)，就可视作是政府主导。同时不能否定市场和社会力量在其中的参与，特别是目前不少地方将助医陪诊服务纳入了政府的养老购买服务内容，由企业或社会组织承接，政府只是筹资者和购买者，非政府主体才是直接生产者。本文所强调的政府主导型指政府是服务的制度安排规划者、监管者和重要的筹资者和生产者。上海市等地方政府通过制定陪诊服务相关的政策、开展项目甚至明确进行政策试点，正是政府在主导陪诊服务提供。

3. 国内老年人助医陪诊的发展

我国老年人助医陪诊大致经历了初始萌芽、行业探索和政府引导规范三个阶段。

3.1. 20 世纪 80 年代至 20 世纪末：公益初始萌芽

早在 20 世纪 80、90 年代，我国就出现了零星的公益陪诊服务。1982 年河南省郑州市就有村医自愿无偿陪同乡民到省城的大医院挂号、检查、住院，陪同 600 多位患重大疾病的村民到大医院做手术。这种早期的陪诊服务完全是公益性的，服务对象主要是独居老人和乡村地区的居民[4]。

3.2. 20 世纪末至 2019 年：行业探索发展

2001 年 8 月的《中国老年报》头版刊发报道《陪诊服务显京城》，反映北京已经出现市场化陪诊服务，陪诊服务逐渐进入大众视野[5]。2015 年，国内陪诊服务开始进入商业平台化运用的发展阶段。虽然陪诊尚未正式纳入《国家职业分类大典》，但 2020 年仍可视为职业化和行业发展的重要转折点之一。2020 年 7 月，人力资源和社会保障部等发布“社群健康助理员”新职业，标志着陪诊服务的社会需求和服务的职业性、专业性开始得到中央部委的大力重视。新冠肺炎公共卫生焦点事件对我国各类互联网医疗平台的爆发式增长也起到了不可忽视的作用[3] [20]。

3.3. 2020 年至今：迈向市场主导与政府主导并存

当前，陪诊服务正处于从市场自发走向市场主导与政府主导并存的阶段。随着市场的快速发展，陪诊行业也暴露出一系列问题，如陪诊机构多而散、人员无准入门槛、服务无细化标准等。2023 年以来，行业和政府加强对陪诊行业及服务的规范。2025 年 5 月，中国社会福利与养老服务协会等联合发布《老年陪诊服务规范》[6]团体标准。2026 年 7 月 2 日，国家市场监督管理总局、国家标准化管理委员会发布《社会化陪同就医服务 基本要求》[7]。政府部门深切关切老年人对陪诊服务的真实痛点，探索政府主导型陪诊，主要包括上海市等地方政府推进老年人助医陪诊政策或项目试点。

4. 理论基础：社会福利政策分析框架与福利类型

以吉尔伯特(Neil Gilbert)等人在《社会福利政策引论》[21]中提出的一个经典的社会政策分析框架为基础，从四个基本维度可对福利要素进行分析，分别是：第一，分配基础或分配对象，即谁受益，指向社会政策的目标群体，涉及“选择性”与“普遍性”的权衡。选择性取向将福利限定于社会特定弱势群体，强调精准瞄准部分特殊困难老年人；普遍性取向则指福利覆盖全体老年人，强调普惠性。第二，供给内容形式，即得到什么福利。陪诊需求满足的形式可以是直接的服务，也可以是间接的政府补贴形式的现金与服务券。第三，递送方式，即如何递送陪诊服务的问题，主要涉及政府机构直接递送还是以签约购买方式由私人提供者(营利或志愿机构)来递送，后者通常被认为在竞争机制中更具有效率。政府直接递送容易产生高成本问题，而以营利为目的的商业化陪诊机构参与递送的营利动机又特别需要规制。不管何种方式，服务的统一标准化和可及性都很重要。第四，筹资方式，即资金来源的问题[21]，涉及政府税收为主的财政资金、陪诊服务使用者付费和慈善捐助三大方式，实践中可能是多元筹资。这四个维度构成的社会福利政策分析框架在国内外社会政策领域得到了认同，并已经应用于长期护理保险制度[22]和老年长期照护政策等[23]，对分析陪诊服务政策也具有适用性。

[4]https://mp.weixin.qq.com/s/9JCmsMRP9NfqgGtvQ2wolg
[5]https://mp.weixin.qq.com/s/9JCmsMRP9NfqgGtvQ2wolg
[6]https://www.ttbz.org.cn/upload/file/20231117/638358129671798401262079 5.pdf
[7]https://std.samr.gov.cn/gb/search/gbDetailed?id=234D9C38571BE971E06397BE0A0A9620

社会政策文献中的重要话题是“补缺型”和“制度型”福利模式或类型的探讨[13] [15]。威伦斯基、勒博和蒂特马斯都根据政府在社会福利供给中所承担的职能不同，提出可以将社会福利划分为“补缺型”(或“剩余型”)福利和“制度型”福利。前者以经济个人主义为基础，将家庭和市场视为满足个人需求的主要机制，只在家庭和市场失灵时，政府才“挺身而出”介入，发挥补缺的作用，其政策对象主要是弱势群体；后者将社会福利视为现代社会中的一种基本的制度和所有社会成员的基本权利。政府通过完善的法律和政策体系，主动、普遍地为社会成员提供福利保障[15]。本文探讨中国地方陪诊福利的要素、路径和类型差异，这有利于丰富比较福利研究，揭示中国式老年人福利体系。

5. 老年人助医陪诊政策内容分析：对四地的比较

5.1. 政策或项目探索概述

上海市是全国最早从市级顶层设计并多区同步试点的地区。2025 年 1 月 22 日，《上海市老年人助医陪诊服务试点方案》[8]在浦东等 9 个区启动陪诊服务试点，并自 2026 年 7 月 1 日全面在全市推进[9]。安徽省合肥市庐阳区于 2025 年 12 月出台《庐阳区老年人陪诊服务试点方案》[10]，优先选择 9 家基层医疗卫生机构开展陪诊服务试点。2024 年 11 月，为解决重病困难群众特别是孤寡困难老年人的陪诊需求，舟山市民政局推出“幸福陪诊员”项目，并制定《舟山市困难家庭公益陪诊服务指引(试行)》[11]。2025 年，重庆市两江新区“医安 360”医务社工服务项目在两江新区的区人民医院正式落地，作为项目核心模块，以专业社工介入和志愿者协同为抓手，系统性回应患者从门诊到入院的全链条就医流程的痛点[12]。

5.2. 四地社会经济背景概况

上海市、安徽省合肥市庐阳区、浙江省舟山市、重庆市两江新区均进入老龄化阶段，老年人群体普遍存在就医陪护的刚性需求，在老龄化程度、经济实力、陪诊行业方面也存在差异。第一，在老龄化方面(60 岁及以上人口占比)，上海户籍老龄化率 37.6%[13]，舟山户籍老龄化率 36.2%且老年人居住分散[14]，两地户籍老年人的陪诊需求突出；合肥庐阳区整体老龄化率虽约为 17.5%[15]，但高龄、独居老人集中于老城老旧社区，重庆两江新区作为设立不久的国家级产业新区，老龄化率为 16.25%且青年产业人口集中[16]，老年人陪诊需求相对更低。第二，经济实力存在差异。2025 年上海 GDP 超 5.6 万亿元(人均 GDP22.8 万元)断层领先[17]，浙江舟山市为 2346.1 亿元(人均 19.9 万元)[18]，财政相对更加充沛。同时期重庆两江新区则为 5632.78 亿元(人均 16 万元)[19]，合肥庐阳区为 1360.87 亿元(人均约 18 万元)[20]，两地财政对社会福利的支撑能力相对薄弱。还要看到，虽然舟山的财政支撑能力较强，但全域仅有个别市场化陪诊机构，且因分散的海岛环境服务的落地成本高。第三，在地理环境方面，四地分别是平原连片、内陆紧凑老城、群岛分隔、山地滨江组团四类。浙江舟山市海岛环境、重庆市两江新区山体分片的地理条件会放大老年人陪诊需求，也会无形抬高陪诊落地成本。第四，四地陪诊行业均处于业态发展初期，其中上海市在全国较早制定陪诊服务的地方性规范，市场化陪诊行业相对成熟和活跃。

[8] https://shanghai.gov.cn/gwk/search/content/d729af26f9e3402a8a137493ccb3eb8d
[9] https://mzj.sh.gov.cn/MZ_zhuzhan279_0-2-8-15-55-231/20260625/b5d7b569f014474a862c818ec54c2671.html
[10] https://www.ahhfly.gov.cn/ywdt/gggs/11488491.html
[11] https://mzt.zj.gov.cn/art/2025/11/12/art_1632804_58939259.html
[12] https://cqrb.cn/jingji/zixun/2026-04-23/2645879_pc.html
[13] https://mzj.sh.gov.cn/2026bsmz/20260515/aaa41ec3fec949c79d7958aad878aa6f.html
[14] https://www.zhoushan.gov.cn/art/2025/10/28/art_1229294170_1667899.html
[15] https://www.ahhfly.gov.cn/public/16451/111215517.html
[16] https://mzj.cq.gov.cn/sy_218/bmdt/gzdt/202504/t20250418_14533538.html
[17] https://tjj.sh.gov.cn/tjgb/20260330/e0772941e8e041eaaad2df850b44ef98.html
[18] http://zstj.zhoushan.gov.cn/col/col1229339440/art/2026/art_13c3d4da635a4da7b861de509b95b6b0.html
[19] https://www.ljxq.gov.cn/zwgk/zfxxgk/fdzdgknr/tjxx/tjgb/202604/t20260429_15645518.html
[20] https://www.ahhfly.gov.cn/sjfb/sczz/11483861.html

5.3. 政策或项目的福利要素比较

第一，分配对象。在谁能获得服务方面，四地存在较大差异，呈现从普遍养老群体到特殊困难老年群体，再到医疗机构老年患者的不同。上海市试点做法的服务对象反映出普遍性与选择性的混合。在面向全体有需求的老年人的基础上，优先覆盖失能、半失能、低保、低收入、高龄、独居困难老年群体[21]。合肥市庐阳区的试点对象限定为试点基层医疗卫生机构就诊的老年人，更侧重于基层医疗体系内的服务延伸，而非对全体老年人的覆盖[22]。浙江省舟山市项目的对象具有高度选择性，明确限定为60周岁以上、两年内新患社保规定重大疾病的低保、低保边缘对象、分散供养特困人员，并兼顾民政在册困难对象中的其他患病对象，选择性程度高，必须是患有重大疾病的民政兜底服务对象[23]。重庆市两江新区陪诊服务创新面向到三甲试点医疗机构就诊的从门诊到入院全链条中有陪诊需求的老年人患者[24]。

第二，供给内容。在获得什么服务方面，四地呈现全过程服务的相似性。上海市的试点方案明确将陪诊纳入养老服务供给体系，并致力于推动提供标准化的助医陪诊服务，具体包括赴医疗机构的协助行动、陪同挂号、陪同检查、代办缴费取药、家属沟通、心理慰藉等服务，强调全程性与专业性，发布相关团体标准，并依托持证上岗的陪诊师，建立陪诊服务机构白名单制度，将服务过程纳入养老服务综合监管平台。合肥市庐阳区目前的试点方案以基层医疗嵌入型陪诊服务为导向，强调设置专门的陪诊服务接待区域，为有需求的老年人提供咨询服务，了解老年人既往病史与当前症状，合理规划行程和出行方式，提前预约相关检查，可见重点是协助老年人在基层医疗机构内更加顺利地完成就诊流程，内容偏向医疗协助与分流引导。浙江省舟山市试点将陪诊服务纳入救助公共服务范畴，向特定申请人员发放陪诊券，强调从诊前对接到诊后回访的全流程服务，含院外对接、院内全程陪护、住院办理、诊后回访，服务链条完整且含情感支持，重点提供16项陪诊服务。重庆市两江新区试点医疗机构的做法中的内容为从门诊到入院的流程衔接、医患沟通、床位协调等系统性支持，非单纯跑腿性服务，同样坚持体现心理支持和情感慰藉。

第三，递送方式。在服务递送方式方面，四地呈现出递送场域和主导性主体的差异。上海市的做法是“市场化 + 自愿递送”。一方面，主要由养老机构、居家服务组织等具备常态化服务能力的机构实施，服务人员需为持证陪诊师，体现专业化与组织化。截至2025年6月底，已培养1200多名陪诊师。上海市试点区域有300余家养老服务机构配有专业的陪诊师，可以提供陪诊服务[25]。另一方面，自愿非营利性陪诊服务开展较为广泛，如“医路相伴”项目支持经过陪诊师专业培训的青年志愿者和低龄老年人为高龄老年人提供力所能及的陪诊服务，通过“时间银行”机制促进互助养老；黄浦区民政局和邑庙慈爱为老社合作，为特殊困难老年人提供免费或低偿陪诊服务。上海市设置了全市统一的陪诊服务热线和“沪助养老时光汇”平台，各试点区陆续上线本区的陪诊预约平台或者APP[26]。合肥市庐阳区由基层医疗机构直接递送，即由前期的9家试点医疗卫生机构内部的人员承担，服务与医疗流程高度绑定，递送路径基本在机构内部，要求在试点期间全区共培养不少于50名经过培训合格的陪诊人员，为本区服务对象提供陪诊服务[27]。浙江省舟山市的做法是“政府购买 + 社会组织递送”[28]。通过民政局招标的社会组织或小微企业等统一承接服务，强调参与招标的组织提供的服务专业人员应具备社会工作者职业水平证书或医疗陪诊资格证，具体实行“社工 + 义工”等多方协同与志愿服务。重庆市两江新区将陪诊服务纳入医务

[21] https://mzj.sh.gov.cn/MZ_zhuzhan279_0-2-8-15-55-231/20250127/d729af26f9e3402a8a137493ccb3eb8d.html
[22] https://www.ahhfly.gov.cn/ywdt/gggs/11488491.html
[23] http://mz.zhoushan.gov.cn/col/col1229340204/art/2026/art_4dd154adfb184ba6ba1a41562b765926.html
[24] https://cqrb.cn/jingji/zixun/2026-04-23/2645879_pc.html
[25] https://mzj.sh.gov.cn/lnb-xw/20250717/e4057a5c5eb74267988c4fabd8ca7a8d.html
[26] https://www.shanghai.gov.cn/gwk/search/content/b9f3496809744c4f8c1704bafa74ea47
[27] https://www.ahhfly.gov.cn/ywdt/gggs/11488491.html
[28] https://mzt.zj.gov.cn/art/2025/11/12/art_1632804_58939259.html

社工高质量发展框架内，采用政府购买医务社会工作服务方式，强调医务社工主导 + 志愿者协同机制，也就是以专业社工为引领，志愿者辅助，在医院内部建立系统性响应机制，服务递送及目标是基层社会治理的构成部分。

第四，筹资方式。四地在筹资力度和结构上也有较大差异。上海市筹资力度大且主体多元，即个人付费为主 + 政府补贴 + 慈善补充。在试点中，重点保障对象通过养老服务补贴或慈善资金获得支付支持，整体采用混合筹资方式。合肥市庐阳区的试点方案中未明确提及筹资责任主体，提及将符合条件的老年人陪诊服务纳入政府购买居家养老服务结算范围，并争取慈善捐赠资金。由于试点服务机构是基层医疗卫生机构，资金可能依托基层医疗卫生机构运行经费或医养结合项目资金。浙江省舟山市则实行财政全额兜底，市级财政在首期安排专项资金 10 万元(新一轮增加到 21 万元)[29]，项目中的服务对象个人完全免费，采用“政府出一点、社会承担一点”的方式，使“幸福陪诊”成本从市场价 300 元~400 元/次降低至 100 元/次。重庆市两江新区陪诊服务创新方案的资金来源是项目专项资金，作为两江新区“医安 360”医务社工服务政府购买项目的构成部分，其筹资主要来自公共财政，2026 年项目专项资金约 10 万元 [30]。另外，在陪诊价格方面，目前采用市场定价或者完全免费，通常根据养老服务现有项目的实际收费情况、陪诊收费标准以及本区老年群体的消费能力和消费意愿来定价。虽然目前我国还没有将陪诊纳入老年人社会保险项目，社会保障资金不是来源之一，但是上海市民政局将会同医保部门共同研究将陪诊服务纳入长期护理保险等政策的可行性。

5.4. 福利路径多样化

各地政策探索不仅表现出在具体维度和类型上的差异(见表 1)，在服务递送的路径上也有一定差异。从陪诊服务的递送场域和陪诊服务属性倾向来看，上海市、合肥市庐阳区、浙江省舟山市和重庆市两江新区的路径分别是以养老服务机构为抓手型、基层医疗机构内嵌型、政府民政救助延伸型、大型医疗机构内部社志协同型。在上海市，政府主导的陪诊服务主要由社区和街道以养老服务机构为工作抓手，服务对象除了一般的老年人特别要覆盖独居、孤老、高龄纯老家庭和失能等特殊老年群体，其他三地的服务递送场域明显侧重于医疗机构。在陪诊服务的属性倾向上也存在差异。陪诊服务介于养老服务和医疗保健服务之间的属性，并不清晰，从四地的制度内容来看，它们对陪诊服务的定位倾向有所不同，上海市较为明显地将陪诊视为养老服务部分，合肥市庐阳区的做法则更倾向于将其作为基层医疗机构医疗保健服务的一部分，浙江省舟山市则将其纳入救助公共服务，而重庆市两江新区的做法是在医务社会工作服务范畴开展陪诊创新，这也反映了陪诊服务的服务性质定位模糊的真实现状。

5.5. 福利类型差异化

上海作为老龄化程度最深的超大城市，初始的陪诊政策试点设计就兼顾“普惠”与“补缺”，近期又出台了在全市全面推进老年助医陪诊服务的政策 [31]，是目前国内陪诊福利制度化程度最高的区域实践。合肥市庐阳区和重庆市两江新区的陪诊制度设计体现“制度型”福利，虽然服务场域有所差异，但是分配对象没有选择性，均是到医疗机构就诊的老年人。舟山做法体现了“补缺型”福利，即以相对有限的资源兜底最困难的老年人群体。老年人的地区陪诊福利不是只有制度型或补缺型，也或存在混合型。

为什么会形成上述的福利类型从补缺型、制度型到混合型的差异？影响因素是复杂且多元的，至少可从福利需要的结构和福利供给的能力两个角度来看[12]。上海的老年人口基数大且老龄化程度最高，陪诊福利的普遍需要强烈且弱势户籍老年人基数大，同时地方政府财政实力雄厚，福利供给能力强，所以

[29] http://mz.zhoushan.gov.cn/art/2025/9/22/art_1229340205_3929809.html
[30] https://xunbiaobao.baidu.com/biddingDetail?id=44dbf3e5b9da50d52df1a95053a5bec03613d656&source=seo
[31] https://mzj.sh.gov.cn/MZ_zhuzhan279_0-2-8-15-55-231/20260625/b5d7b569f014474a862c818ec54c2671.html

既能普惠实施，又有财力兼顾弱势老年人；舟山的独特海岛地理环境下特殊弱势老年人的陪诊需要强烈，可能的解释是地方财政能力虽然较强但由于本地的市场化陪诊服务几乎鲜有或者成本较高，所以陪诊福利是“补缺型”的；合肥市庐阳区和重庆市两江新区均采取“制度型”福利，但是部分适度普惠的，主要是因为财政实力和陪诊行业的发展都一般。

Table 1. Comparison of the policy explorations for chaperone services in four regions
表 1. 四地陪诊服务政策探索比较

维度与类型	上海市	合肥市庐阳区	浙江省舟山市	重庆市两江新区
分配对象	辖区内老年人 + 养老服务机构老年人 + 特殊困难老年人	基层医疗机构就诊老年人	困难 + 重病 + 60 岁以上民政在册特定老年人	大型三甲医院就诊有需求的老年人
供给内容	规范化全程助医	机构流程内就诊协助	诊前对接 + 诊中陪同 + 诊后回访	全程助医
递送方式	持证陪诊师	基层医疗机构内部陪诊人员	社会组织承接 + 社工、志愿者等	医务社工 + 志愿者
筹资方式	个人付费 + 补贴 + 慈善	个人付费 + 补贴 + 争取慈善捐助	市级财政项目全额购买	财政项目全额购买
路径类型	以养老服务机构为抓手型	基层医疗机构内嵌型	政府民政救助延伸型	大型医疗机构内部社志协同型
福利类型	混合型	制度型	补缺型	制度型

6. 研究结论与对其他地方的启示

6.1. 结论与讨论

基于吉尔伯特等人的社会福利政策的分析框架和福利类型理论，对近两年地方政府开展陪诊服务政策探索进行了系统考察与比较，发现国内至少已存在以养老服务机构为抓手型、基层医疗机构内嵌型、政府民政救助延伸型、大型医疗机构内部社志协同型这几种类型。上海市、合肥市庐阳区、浙江省舟山市和重庆市两江新区在“服务谁”“什么服务”“如何服务”和“谁出钱”这四个方面存在较大差异，上海市老龄化程度深且具备坚实的财政实力，坚持“适度普惠 + 重点补贴”的陪诊服务供给方向，致力于全面营造可持续的行业生态；合肥市庐阳区体现基层医疗系统内嵌式服务创新，试点成本低、可及性强，但覆盖范围有限；浙江省舟山市的海岛地理环境使得就医出行难问题突出，其做法属于典型的剩余型福利模式，精准兜底特殊老年群体，适合地理偏远、优质医疗资源分散、财政有限但需解决急难愁盼的地区；重庆市两江新区突出医务社工和志愿者协同的服务机制，其做法推广需结合地方志愿者队伍培育、医务社工制度环境和财政资源来考虑。

中国特色社会政策知识体系中的福利特征及走向是学界探讨热点[11] [13] [14]，目前儿童领域的研究较多，老年人这个分支领域的研究需要加强，我们从既有研究较少关注的陪诊服务这类福利角度，并且以地区为分析单位来考察福利的多样性以丰富相关讨论。以老年人政府陪诊福利为例，四地呈现出混合型(上海市)、制度型(合肥市庐阳区)、补缺型(浙江省舟山市)、制度型(重庆市两江新区)的多样化和差异性，可见国家内部也可能存在艾斯平－安德森所说的福利安排的“多个世界”；另外，正如威伦斯基指出福利并不是只有补缺型或制度型，可能是个混合体[15]，上海市就是如此。本研究也给优化中国福利体系建设带来启示，中国特色的地方政策试验试点先行机制无疑是宝贵的治理智慧，但是地区分割的陪诊政策体系、地区福利方式差异及福利的地域不平等仍是实现福利制度安排从“身份本位”到“需要本位”的制约[24]，要超越“补缺型”和“制度型”的选择争论，新时代通往全国统一的适度普惠型陪诊福利之路

还任重道远[25] [26]。陪诊服务兼具满足老年人就医需求的社会属性与拉动银发经济、创造就业的经济属性。中国式社会服务更具发展性[27]，在现实条件下也要对经济高质量发展做出一定贡献[10]，立足发展型社会福利理论[28]，政府主导型陪诊政策应增强发展型福利，规范和激活陪诊市场。未来还需要加强运用定量研究方法的陪诊福利研究和地方陪诊服务政策探索的落地成效研究。由于调研地方决策主体的客观局限，上述研究结论的确定性仍然面临一定挑战；另外，存在个案的行政层级不一致的局限，研究结论也有待基于全国更多地方案例的验证。

6.2. 对其他地方政府的启示

四地在福利政策的要素和福利类型上有差异，受到地区政治经济等因素影响，其中体现或蕴含的特色理念性原则具备参考价值，具体的一些细化做法则需要考虑落地条件，因地制宜地学习借鉴。

1. 服务谁：加强对困难老年人的分层保障

地方政策安排应如何处理服务对象普惠还是选择性的关系？政府承担民生兜底保障责任，四地仅有浙江省舟山市实现了对困难老年人的全额财政兜底，其他地区的困难老年人还可能用不起陪诊服务。在对普通老年人以市场化付费为主的基础上，对低保、特困、高龄独居等老年人实行全额补贴，对低收入老人实行差额补贴。地方财政可设立小额老年人助医陪诊专项资金，后续根据需求动态调整。民政部门与医保部门共同研究将陪诊服务作为长期护理保险的服务项目或者低偿附加项目的可行性，逐渐允许参保人使用长护险基金支付部分陪诊费用。积极引导慈善组织设立老年人助医陪诊类公益项目，为困难老年人提供实实在在的帮扶。

2. 怎么服务：明确陪诊服务人员的资质标准

社会服务的规范及质量是重中之重，目前除上海市和浙江省舟山市试点对陪诊人员有持证或资质要求外，其他地区对人员资质尚无统一标准，存在服务质量参差不齐的风险。制定专业陪诊服务人员资质的地方制度规范，明确服务流程、服务内容清单、服务时长标准、应急处置规范等。参考上海市的做法，建立陪诊师培训认证体系。依托职业院校、行业协会开展陪诊师专业技能培训，考核合格后颁发证书，实行持证上岗。建立服务质量监督机制，设立服务投诉渠道、满意度回访、服务评价系统，对评价较低的服务组织与个人实行退出机制。

3. 怎么服务：推进社工志愿者融合的服务协同

递送陪诊福利不仅需要经济保障，更需要可及的服务资源，政府购买社会力量提供的服务有利于提升服务效率和质量。国家倡导社会服务的“社志融合”模式，重庆市两江新区的“医务社工 + 志愿者”正是相应做法，但其他地区仍以陪诊师或其他工作人员为主，医务社工的专业引领作用和“社志融合”尚未充分发挥。完善医务社工岗位设置，在大型三甲医院设置医务社工岗位的基础上，明确其岗位职责还应包括老年患者陪诊服务的需求评估。构建“社工 + 志愿者”协同机制，明确各自分工，前者侧重评估、督导和志愿者队伍建设，后者侧重执行与反馈。推动基层陪诊志愿者队伍建设，招募培训社区志愿者(鼓励低龄健康老年人、高校大学生参与)，为辖区内高龄、独居、行动不便老年人提供公益陪诊服务。建立志愿者激励与保障机制，提供适度交通补贴、志愿服务时长记录与积分兑换、人身意外保险，提高志愿者参与积极性和稳定性。通过政府购买服务方式，支持社会组织、微小企业特别是养老服务机构、残障福利组织承接服务。

4. 怎么监管：重视陪诊服务的风险防控

政府主导的重要体现就是要发挥好监管职责。陪诊服务虽然不是直接的诊疗服务，但是与医疗场所息息相关，牵涉利益相关方较多，亟待重视风险防控。上海市做法对其他地方具有参考价值，第一是合同与保险双保障。服务机构必须与老年人签订书面合同，明确权责；鼓励购买责任保险，覆盖意外受伤、

资料遗失、隐私侵权等风险。第二是全过程留痕监管。推行持证人员统一身份牌亮证服务，实现服务全程可溯源；建立投诉举报与纠纷调解机制，由民政、卫健、市场监督、消保委协同处置。第三是动态质量监测。民政局采集服务数据与评价，定期开展质量监测，淘汰不合规主体[32][33]。

基金项目

本文系广东省哲学社会科学规划2025年度一般项目“共同生产视角下粤港澳大湾区港澳居民跨境公共服务创新研究”(项目编号：GD25THQ03)的研究成果。

参考文献

[1] 徐瑞哲. 上海独居老人达30万而——“临时子女”陪诊师缺口达12万[N]. 解放日报, 2024-04-18(7).

[2] 王琪鹏. 超八成老人就医家人无法及时陪同[N]. 北京晚报, 2025-05-23(15).

[3] 谢红. 厘清国内陪诊服务的几个关键问题[J]. 中国社会保障, 2024(4): 82-84.

[4] 许佳滨, 王建茗, 朱琳怡, 等. 老年慢性病患者对陪诊服务意愿及需求的质性研究[J]. 护理学杂志, 2024, 39(3): 88-91.

[5] 胡亚琼, 万曜, 童立, 等. 基于供需双方的上海市医疗陪诊服务现状调查[J]. 中华医院管理杂志, 2025, 41(7): 552-557.

[6] 汪颖, 余捷祯, 张振华. 老年人陪诊意愿及影响因素研究——基于TPB/TAM拓展模型[J]. 老龄科学研究, 2024, 12(1): 49-64.

[7] 荣海潮, 刘逸天, 谈在祥. 医疗陪诊服务的现实困境、国际经验及发展建议[J]. 卫生经济研究, 2025, 42(4): 76-80.

[8] 丁锐, 戴瑞明, 王彪, 等. 陪诊服务行业发展现状与强化监管对策: 一项质性研究[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(4): 45-50.

[9] 史一棋. 推动陪诊服务行业良性发展[N]. 人民日报, 2022-12-19(7).

[10] 关信平. 当前中国社会政策高质量发展的重点议题[J]. 探索与争鸣, 2024(9): 5-8.

[11] 关信平. 中国特色社会政策知识体系基本框架与主要内容[J]. 西北师大学报(社会科学版), 2026, 63(3): 34-43.

[12] 岳经纶, 刘璐. 中国正在走向福利国家吗?——国家意图、政策能力、社会压力三维分析[J]. 探索与争鸣, 2016(6): 30-36.

[13] 彭华民. 中国社会政策高质量发展的理论路径——以中国特色福利体制理论创新为例[J]. 探索与争鸣, 2024(9): 25-28.

[14] 林闽钢, 陈颖琪. 东亚福利体制研究争论及新议题[J]. 中国社会科学评价, 2020(4): 128-140+158.

[15] 黄晨曦. 社会福利[M]. 第二版. 上海: 格致出版社, 2020: 47-50.

[16] 宋文华, 王力男, 金春林, 等. 上海市陪诊服务现状调查及创新模式探究[J]. 健康发展与政策研究, 2026, 29(3): 478-484+503.

[17] 戴维·奥斯本, 特德·盖布勒. 改革政府: 企业精神如何改革着公营部门[M]. 上海: 上海译文出版社, 2006.

[18] 萨瓦斯. 民营化与公私部门的伙伴关系[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 2017.

[19] 何晖. 政府主导型农村互助养老: 衍生逻辑·实践框架·路径取向[J]. 吉首大学学报(社会科学版), 2021, 42(4): 69-79.

[20] 丁淑娟, 朱亚鹏. 公共危机与卫生创新采纳变化——以互联网医院为例[J]. 中国行政管理, 2021(11): 85-92.

[21] 尼尔·吉尔伯特, 保罗·特雷尔. 社会福利政策引论[M]. 沈黎, 译. 上海: 华东理工大学出版社, 2013: 73-113.

[22] 范会芳, 张宁. 长期护理保险制度的国际比较与启示——基于社会福利政策分析框架[J]. 长治学院学报, 2020, 37(5): 53-58.

[23] 庄琦, 李雨朋. 加拿大老年长期照护服务比较研究——基于社会福利政策分析框架[J]. 中国医疗保险, 2023(8): 40-47.

[24] 岳经纶. 构建中国特色现代社会福利制度[J]. 中国公共政策评论, 2020, 16(1): 4-10.

[32] https://mzj.sh.gov.cn/MZ_zhuzhan279_0-2-8-15-55-231/20250127/d729af26f9e3402a8a137493ccb3eb8d.html
[33] https://mzj.sh.gov.cn/MZ_zhuzhan279_0-2-8-15-55-231/20260625/b5d7b569f014474a862c818ec54c2671.html

[25] 李长远. 共同富裕目标下普惠型养老服务的理论意蕴与推进路径[J]. 宁夏社会科学, 2023(6): 130-136.
[26] 白维军. 普惠型养老服务: 释义、短板与发展策略[J]. 中州学刊, 2023(4): 71-77.
[27] 林闽钢. 中国式社会服务国家: 内涵特色、发展取向与实现路径[J]. 社会政策研究, 2024(2): 3-10+131.
[28] 胡湛, 彭希哲. 发展型福利模式下的中国养老制度安排[J]. 公共管理学报, 2012, 9(3): 60-70+125-126.