我国陪诊行业首个国家标准实施 专家解读

让陪诊有据可依有责可追



□ 本报记者 张守坤
□ 本报见习记者 郝苑蓉

有老年人独自到大医院就诊，找不到具体科室，不清楚该在哪里缴费取药；有外地患者初到陌生城市，辗转半天仍在门诊楼里兜转……瞄准就医难点，陪诊行业由此兴起，但缺乏统一规范，服务边界模糊、质量参差不齐。

2026年11月1日起，由国家市场监督管理总局批准发布的《社会化陪同就医服务 基本要求》国家标准（GB/T 47801—2026）（以下简称标准）开始实施。这是我国陪诊行业首个国家标准，立足服务提供者的机构属性，对服务提供者、服务人员、服务内容、服务流程、服务评价与改进等作出规定。

标准出台的意义有哪些？将给陪诊行业带来哪些影响？又该如何更好地推动标准落地？《法治日报》记者对此展开采访。

把“陪诊”与“诊疗”分开

北京的陪诊师陈先生每月接单20余单，客户多为异地来京就医者与子女不在身边的老人。标准实施当天，他看到了消息，最直观的感受是从业有了明确依据。

在此之前，向客户解释“陪诊究竟是什么”，常常比陪诊本身更费力。有一次，一位从河北来北京的患者见面便递上一沓检查单，询问病情是否严重、该用哪些药。陈先生说明，自己负责取号、排队、陪同检查、记录医嘱、交接材料，不解读检查结果，也不提供用药建议。对方反问他：“那不就是陪着走走路吗？”

“如今再遇到类似情形，我可以直接答复：这是职业要求。”陈先生对记者说。

标准以消费者权益保护法等法律为依据，将服务内容划分为可开展与不应开展两部分：诊疗向导、代替排队、领取药品、陪伴交流等属于可为；检查结果判读、参与医疗操作、提供医疗建议、代替服务对象或家属选择及同意治疗方案等，则被明确排除。

瀛和律师事务所律师刘国照处理过多起医疗纠纷。在他看来，标准最大的价值，是把长期缺乏规范的陪诊纳入有据可依、有责可追的状态。

刘国照将其归纳为三点：一是划清“陪诊”与“诊疗”的红线，从制度上避免非医护人员从事医疗判断；二是要求服务前订立合同、收费公示、全程留痕，消费者的知情权与选择权有了依据；三是明确人员准入、培训、健康证明与信息公示要求，并将风险评估、应急处置和隐私保护写入流程。

中国医院协会医疗法制专业委员会常务副主任委员邓利强告诉记者，陪诊社会需求增长、市场热度上升，但行业规范与监管存在空白，人员水平不一、服务边界模糊、维权困难等问题随之出现。标准明确了服务提供者的总体要求，也划定了陪同就医服务的边界，供需两端都有了可依循的尺度。

服务主体限定为机构

多位受访患者及其家属告诉记者，在标准实施之前，找陪诊更像一场凭运气的选择题。

家住内蒙古呼和浩特市的刘先生曾陪同母亲来北京就医，通过社交平台联系了一位个人陪诊，半天260元、全天400元，服务内容全凭口头约定。可最后跑完了三个科室，这位“陪诊师”连医生交代的用药调整方案都没有记清楚。刘先生再三询问，他才支支吾吾地说“医生说好像是要加量”。刘先生后来才知道，这位“陪诊师”竟然连异地就医备案的流程都不清楚。

记者注意到，此次标准将服务提供者限定为“机构”，个人陪诊不在规范范围内。

刘国照说，过去多数陪诊为个人私下接单，没有机构、没有合同、难以监管，一旦出现单据遗失、信息泄露、耽误检查或服务纠纷，消费者往往找不到责任主体。将服务主体锁定为依法登记的机构，首先补上了“出事无人担责”的漏洞。

记者在采访中发现，还有少数个体从业者游离于规范之外，通过社交平台、二手交易渠道私下对接个人接单。从行业长久发展的角度看，如何对这一现象加强治理？

北京大学医学人文学院卫生法学教授王岳提出“四步走”：

一是主体归位。营利性陪诊属于经营行为，应依照市场主体登记管理条例办理登记，个人可登记为个体工商户；无照经营的，依照《无证无照经营查处办法》查处。经营主体合规，标准、合同与责任才接得上。

二是平台守门。依据电子商务法第二十七条、第三十八条，平台应核验营业执照、健康证明和培训证明，公示相关信息，交易记录留存不少于三年，并建立投诉处置与下架机制。

三是用足现行法。越界判读检查结果、提供医疗建议、代定治疗方案，可能违反基本医疗卫生与健康促进法、医师法的有关规定；虚假宣传、价格欺诈依照反不正当竞争法、价格法处理；健康信息依个人信息保护法须取得单独同意；损害赔偿依据民法典第一千一百九十八条、第一千一百六十五条。

四是推动职业化与地方实践。推动陪诊员进入国家职业分类，建立技能等级认定，形成培训、考核、持证、继续教育的闭环，并通过地方先行探索积累经验。

推动标准长出“牙齿”

采访中，有业内人士向记者表达担忧：标准是推荐性国家标准，在实施过程中会不会被打折扣？是否需要通过专门立法进行保障？

受访专家认为，只要从业者、需求者与监管部门形成足够共识，标准的规范作用可以得到充分发挥。

“目前没有必要专门立法。”刘国照说，陪诊不属于医疗行为，而是民生便民辅助服务，业态仍在发展、形态尚不稳定，现阶段单独立法成本高、时机不成熟。更可行的路径是标准打底、地方细化、平台担责、执法兜底、信用监管，待行业成熟、风险稳定后再考虑专项立法。

他同时表示，推荐性标准虽不直接具备行政处罚的强制力，但约束力并不虚：其一，它是法院判定责任的重要依据，出现服务或侵权纠纷时，法官可对照标准判断机构是否尽到合理义务、服务是否合规、是否存在过错；其二，它是平台审核、监管抽查与行业整治的标尺；其三，经营者对外宣称“合规”“标准化服务”，即须对标标准，否则可能构成虚假宣传。

刘国照建议，在监管层面，应厘清牵头部门与职责分工，明确市场监管、卫生健康等部门的监管边界，建立常态化联合抽查与信息共享机制，把标准转化为可检查、可落地的合规清单，重点检查主体资质、合同规范、收费公示、人员培训、隐私保护等情况，防范越界行医。对倒卖号源、临时加价、私下诊疗、泄露隐私等行为，依照现行法律查处。

在平台层面，应压实审核责任，核验入驻机构资质，规范个人接单渠道，公示服务内容、价格、评价与投诉渠道，留存交易与服务记录；对投诉集中、越界行医、倒卖号源者采取下架、封禁等措施，做到主体核验、服务留痕、交易留痕、投诉闭环。

在机构层面，应对照标准建立内部制度，订立规范合同，明确服务范围与免责边界；需要说明的是，免除故意或重大过失责任、排除消费者主要权利的格式条款依法无效。同时做好人员背景核验、培训考核、健康管理与服务留痕，投保相应的责任保险，建立投诉处理与服务改进机制。

在消费者层面，宜优先选择正规机构，签订书面合同，核对服务人员身份与健康证明；不将医疗决策权、知情同意权交由陪诊人员；妥善保管身份证件、病历与缴费凭证。

邓利强则补充说，各地可结合本地经济社会发展水平出台服务规范，例如，对涉外陪诊等情形作出安排；陪诊服务机构应依据标准开展人员录用与培训，强化全过程管理，不得降低服务标准或减少工作流程；消费者应通过正规渠道寻求服务，并签订书面合同。

漫画/高岳

多家公立医院推出护士陪诊 服务全程纳入医院质控

公益陪诊如何补位不越位

□ 本报记者 张守坤
□ 本报见习记者 郝苑蓉

2026年11月13日8时30分许，《法治日报》记者来到北京大学第一医院厂桥院区。在门诊大厅内，红底展架立在导诊台旁，“就医路上 陪伴您每一步”的字样醒目；陪诊服务窗口前，服务细则逐条列明服务内容与办理流程，明确不介入医疗决策、特定人群需家属陪同。窗口内，3名专职陪诊护士等候已预约的患者。

11月1日起实施的《社会化陪同就医服务 基本要求》（GB/T 47801—2026）（以下简称标准）将社会化陪同就医服务界定为：依法登记的机构派出陪诊人员，在患者就诊期间提供流程引导、事务协助与情感支持。

标准实施前后，部分公立医院已开始探索院内护士陪诊。10月12日，北京大学第一医院推出门诊一对一陪诊服务。

那么，院内护士陪诊怎么陪、优势何在？与社会化陪诊相比，两者之间关系如何？

院内护士陪诊专业而不越界

11月5日，80多岁的李大爷到北京大学第一医院厂桥院区做心肌梗死术后复查。他视力不佳、腿脚不便，又没有家属陪同，因此选择了护士陪诊。

接到预约后，陪诊护士孙蕊提前询问并评估需求，为他安排就诊动线：哪项检查先做、哪个窗口人少、几点回来候诊。“因为是本院的护士，所以我对院区位置和流程比较熟悉。”孙蕊向记者回忆道，4个小时里，她陪着老人取号、送检、等候领取报告，轮转了5个科室，完成了4项检查。

事后，李大爷的家属写下感谢信，向陪诊护士专业、细心的陪护表达谢意，让异地就医的家人感到安心。

在护士李茜看来，陪诊并不只是“陪着走走”。患者带来的病历常常厚厚一沓，检查单、化验单、外院病历检查记录混在一起，陪诊护士要在医生看诊前，把资料按照逻辑关系整理：哪些是近期关键检查，哪些属既往病史，哪些需要医生重点判断。“医生时间有限，资料越清晰，问诊效率越高。”她说，有的患者准备了很多问题，到了诊室却想不起来，陪诊护士会帮助其准确转达诉求。

孙蕊随身携带的“百宝袋”里，装着病历本、档案袋、宣教手册、糖块、湿巾、一次性口罩等物品。陪诊过程中，护士还会开展针对性健康科普，讲解用药规范、检查注意事项与慢性病居家护理知识。

主管陪诊服务工作的该院护理部主管护师王欣华介绍，陪诊人员均为医院在岗护士，由医院统一管理，对院区布局与诊疗流程更为熟悉。护士不干预医疗决策，承担的是医嘱复述、用药提示与健康宣教等工作，并随时留意患者身体状态。服务全程纳入医院质控与随访体系，兼顾安全、规范、专业与人文关怀。

目前，该院有3名专职陪诊护士。王欣华说，接诊量较大、专职护士工作饱和时，医院可启动“共享护士”，由休息的护士自愿接单，目前已有99位护士报名，覆盖20个专科。今后计划按专科精准派单，例如，患者预约神经科，即安排相关专科护士。所有储备人员均须通过理论培训、考核与院区实景演练，实行同质化管理。

费用方面，该院陪诊服务每2小时190元、每4小时299元，加时每小时100元。王欣华说，定价经过多方市场调研，与主流社会化陪诊价格相近，患者可有更多选择。

与社会化陪诊分工互补

记者梳理公开报道发现，推出护士陪诊的公立医院不止一家。

近期，北京大学首钢医院、北京老年医院推出院内公益陪诊服务。前者依托门诊团队与志愿者队伍接力陪同；后者老年患者占比高，部分老人听力减退、表达困难、行动不便且无家属陪同，门诊服务中心与各分诊台医护人员主动开展“接力式”引导帮扶。

2026年11月11日，北大医院太原医院（太原市中心医院）“安心陪诊”服务上线，由在岗临床护士为独自就诊的老人、异地求医者、术后及孕期体弱患者提供全程陪诊。自2023年起，南昌市第一医院（南昌大学第三附属医院）便依托门诊医护力量推出公益性陪诊服务，已服务患者约4.7万人次，陪诊人员均为在岗医护人员。

护士陪诊与社会化陪诊之间，是替代还是互补？

经常接触医疗纠纷的瀛和律师事务所律师刘国照认为，公立医院护士陪诊本质上是公共医疗便民服务，优势在于专业可信、熟悉院内流程、具有医疗背景、安全性高，且多为公益或低收费；缺点同样存在，人力、时间与服务范围有限，只能覆盖院内基础引导与重点帮扶群体，难以满足异地就医、全天陪护、手续代办、跨天服务等个性化需求。

“社会化陪诊则是社会化便民补充，解决的正是医院公益服务覆盖不到的痛点：异地患者不熟悉城市与医院、有的老年患者无人陪同、上班族无暇跑医院、多次检查来回奔波、需要全程代办跟进等。”刘国照说。

在他看来，二者可以清晰分工：简单、基础、院内刚需的帮扶交给护士陪诊；复杂、长期、个性化、异地就医与全程代办的诉求，交给合规的社会化机构。避免冲突的关键有三点：不越医疗边界，社会化陪诊不碰诊疗、判读与建议；不扰乱院内秩序，不私揽客源、不导流、不炒作号源；不滥用患者信息，医院服务与社会化服务都要守住患者隐私底线。

把公益资源用于有需要的人

“买了陪诊服务，是不是就能提前检查？”这是不少患者咨询时提出的问题。

王欣华的答复很明确：不会。陪诊服务出售的不是“医疗优先权”，而是帮助患者缩短自己的“无效时间”。她表示，陪诊服务推出后，院内就医秩序也优于从前。

记者注意到，并非所有患者都能获得护士陪诊。多家医院对80岁以上高龄人群及孕产妇、儿童，会在提供服务前结合需求审慎评估；对意识不清、不具备自主缴费能力、精神健康状况存在问题的患者，一般不予提供。

在中国医院协会医疗法制专业委员会常务副主任委员邓利强看来，应建立“以市场化陪诊为主体、院内护士公益陪诊为补充”的格局。护士专业性较强，准入、考核要求与培养成本均高于陪诊师，公益陪诊应主要解决具有急迫性的需求，对特定人群起到兜底与应急作用。

他进一步提出，社会化陪诊应覆盖绝大部分需求；确有困难的群体，可通过社会救助、保险与社会化陪诊对接的途径解决；急迫性需求由院内护士公益陪诊承接。服务人群明确之后，二者在服务对象与属性上便不冲突，能够形成互补。

“风险防控上，无论是社会化陪诊还是院内公益陪诊，都应遵守标准与地方规范，在保护消费者权益的同时不越界。”邓利强说。

围绕完善院内护士陪诊，刘国照提出四点建议：

其一，服务清单公开，做好知情同意与交接记录，陪诊前告知服务范围与风险，陪诊后形成交接记录，特别是检查结果、医嘱、用药与复诊安排，确保患者、家属与医护三方信息一致；公示免费服务范围、时间与对象，区分普通引导与特殊帮扶，避免患者期待过高。

其二，人员规范化培训，护士与志愿者统一接受就医流程、沟通规范、应急处置、隐私保护与禁忌行为培训；志愿者尤其不得从事任何医疗辅助判断。

其三，重点人群优先，把有限的公益资源用于高龄老人、残障人士、独居患者与重症复诊人群。

其四，建立病情突发应急机制，明确谁观察、谁上报、谁对接科室、谁记录，形成闭环；同时开展服务评价与持续改进，通过患者反馈、投诉分析与不良事件复盘，优化流程与人员配置。

