

2025中国医务人员 AI临床应用与循证决策趋势 洞察报告

MedSci | 梅斯医学





摘要 (Executive Summary)

随着通用大模型 (LLM) 快速普及, 以及专业医学AI从“问答演示”走向“工作流嵌入”, 人工智能正在以前所未有的速度重塑中国医务人员的信息获取、知识处理与临床决策方式。过去一年, AI在医疗场景中的角色已经明显发生变化: 它不再只是一个可以偶尔尝试的“新工具”, 而正在成为一类被高频调用、用于提升效率、缓解认知负荷、辅助循证判断的“新基础设施”。

本报告基于梅斯医学平台于2026年1月面向全国医务人员开展的专项调研, 共回收885份有效问卷, 覆盖全国31个省、自治区、直辖市, 受访者涵盖临床医生、护理人员、医技人员、药师等多个职业群体。调研结果不仅呈现了医务人员当前使用AI的真实状态, 也揭示出一个更值得关注的趋势: 医疗AI正在从“模型不可用”的阶段, 进入“能否稳定嵌入临床工作流、能否提供可信证据支撑、能否承担责任与合规要求”的新阶段。

从这一意义上看, 当前医疗AI市场的竞争焦点, 已经不再只是模型本身是否“聪明”, 而是围绕医疗工作场景展开的系统能力建设: 是否具备专业知识底座, 是否能够连接指南、文献、药品信息、计算工具与结构化模板, 是否能够在给出答案的同时保留证据链、提示风险边界, 并通过流程设计降低误用概率。近期AI行业提出的 Harness Engineering, 本质上正对应这一变化——真正决定AI落地效果的, 不只是模型能力, 而是模型外部的“约束、工具、反馈回路、监测与治理”如何被设计出来。对于医疗行业而言, 这尤其重要, 因为临床不是一个只追求“生成能力”的场景, 而是一个高度依赖准确性、可追溯性与责任边界的高风险场景。

本次调研显示, 中国医务人员对AI的态度已经从观望转向务实。一方面, 他们普遍认可AI在检索、总结、信息压缩、知识组织与重复性任务替代中的现实价值; 另一方面, 他们也清醒地看到, 医疗AI若要真正进入临床核心环节, 仍必须跨越法律责任、数据安全、知识可靠性、机构支持和支付机制等多重门槛。也就是说, 医务人员并不排斥AI, 相反, 他们已经准备好拥抱AI; 真正的问题在于, 行业是否能提供更专业、更可信、更低摩擦、更可持续的产品与服务体系。

因此, 这份报告希望回答的, 不只是“医生有没有在用AI”, 而是更深一层的问题: 医务人员究竟把AI用于哪些任务? 他们最迫切的真实痛点是什么? 为什么通用大模型的热度正在让



位于专业医学AI?医疗AI下一阶段的产品形态、商业模式与组织支持机制,又将朝什么方向演进?这些问题的答案,将决定未来几年医疗AI是停留在边缘辅助,还是能够真正进入循证决策与临床协同的主航道。

核心发现(Key Insights)

1.AI渗透率已达85.2%, 市场教育基本完成, 医疗AI正在从“尝鲜工具”跃迁为“生产力工具”

调研显示,85.2%的受访者已经使用AI,只有14.8%的人表示极少或从不使用,且约四分之一的受访者已将AI深度融入日常工作流。这意味着,在中国医务人员群体中,AI的“认知教育期”实际上已经基本结束。今天再讨论“医生会不会接受AI”,意义已经不大;更关键的问题变成了:医生会持续使用什么样的AI,以及什么样的AI能够留在他们的工作流里。

这一变化具有很强的产业信号意义。因为一旦某项工具的渗透率跨过早期采用者门槛,它的竞争逻辑就会发生变化:从“新鲜感驱动”转向“效率收益驱动”,从“会不会用”转向“值不值得每天用”。对于医疗AI而言,这也意味着未来产品优胜劣汰的标准,不再是单次回答是否惊艳,而是是否能够稳定、低摩擦、低风险地陪伴医务人员完成高频任务。

从更长趋势看,这种跃迁也意味着医疗行业正在进入“人机协同”的实用阶段。全球关于agentic AI 的讨论已经表明,未来AI的价值不只是回答问题,而是承担部分任务流转、信息整理和工具调用工作;组织层面则会逐步从“给员工一个AI入口”,升级为“围绕AI重新设计知识工作流程”。

对医疗行业来说,这种转变不会表现为“AI替代医生”,而更可能表现为:医生开始把AI视为一个持续在线的知识助手、信息压缩器与流程加速器。

2. 需求迎来拐点:从“通用大模型尝鲜”向“专业医学AI”加速转移

本次调研显示,在最常用的前五大通用大模型中,国产模型占据四席,DeepSeek以48.6%的使用率呈现断层式领先。这说明,过去一年,中国医务人员已经完成了对通用大模型的



快速启蒙,且本土模型凭借可获得性、低门槛和传播效率,率先占领了医疗专业群体的入口心智。

但更值得注意的是,通用模型的高使用率,并不代表它们已经成为最终答案。相反,本次调研中高达98.1%的医务人员明确表示需要医疗领域的专业AI,这表明需求已经发生结构性迁移:通用模型解决的是“能不能开始用AI”的问题,而专业医学AI解决的是“能不能把AI用于真正重要的医疗任务”的问题。

这种迁移背后的逻辑很清楚。医务人员可以用通用模型做头脑风暴、文字润色、基础总结,但一旦任务进入诊疗建议、文献解读、指南对照、药品适应证边界、鉴别诊断与循证支持等更高风险环节,通用模型的局限就会迅速暴露出来。医疗场景真正需要的不是一个“什么都能聊一点”的模型,而是一个能够连接专业知识底座、证据来源、临床流程和风险提示机制的系统。

这也是为什么今天讨论医疗AI,不能只讨论模型性能,而要讨论“系统工程”。所谓Harness Engineering,如果放到医学场景中理解,就是把AI放进一个被约束、被校验、被记录、可回溯的工作环境里:它不仅会回答,还要知道何时调用指南、何时引用文献、何时提示不确定性、何时把高风险判断交还给医生。近期研究也提示,在临床规模负载下,经过编排的多代理体系比单一代理更能保持准确率和效率,这对未来专业医学AI的产品设计很有启发。

因此,可以预判:未来1—3年,医疗AI的主战场将从“通用模型入口争夺”逐步转向“专业场景深耕”,谁能把专业知识、工作流、证据链和组织落地结合起来,谁才更有可能成为医务人员长期留存的核心工具。

3. 移动端为王, 76.2%医务人员倾向使用手机端小程序, AI首先要适应碎片化临床场景

调研显示,76.2%的医务人员更倾向于使用手机端小程序,PC端仍保留16%的使用场景,而HIS系统内嵌集成需求虽已出现,但仅占5.9%,短期内尚未爆发。这个结果非常具有现实意义:医疗AI当前最核心的使用环境,不是在理想化的一体化信息系统中,而是在高度碎片化、时间被切割的移动端临床现场。



这意味着，谁能在移动端先把体验做顺，谁就更有机会抓住真实使用时刻。医生在门诊间隙、查房途中、会诊前后、夜班空档、文献查阅瞬间，对AI的诉求往往不是长时间深度交互，而是“快速问、快速得、快速判断能否继续深挖”。因此，移动端的价值不仅是“方便”，更是更贴近临床工作的时间结构与行为节奏。

当然，这并不意味着PC端不重要。相反，PC端更适合承担复杂任务，如科研写作、病例整理、PPT生成、长文献阅读与项目型工作；而移动端更适合承担即时查询、要点总结、快速比对和临床现场支持。未来真正成熟的医疗AI产品，很可能不是单纯押注某一终端，而是形成“移动端高频触发、PC端深度完成”的双端协同。

至于HIS内嵌，为何当前占比仍低？原因并不在于需求不存在，而在于这类集成涉及采购流程、院内IT协调、数据接口、安全审查和责任归属，落地周期长、组织成本高。因此短期内，轻量化入口仍然是主流；但中长期看，一旦机构侧开始系统性推动AI工具纳入工作体系，HIS、EMR、药学系统和科研平台的嵌入式整合仍将是重要方向。换句话说，移动端决定当前渗透率，系统集成决定未来天花板。

4. “检索与总结”是首要刚需，直击的不是知识不足，而是临床决策中的信息处理成本

在所有AI使用动因中，33.8%的受访者表示会因“检索与总结耗时”而求助于AI，信息获取滞后（26.8%）和指南不统一（17.6%）紧随其后。表面上看，这是一个效率问题；更深层看，这反映的是当代临床实践中一个越来越突出的结构性矛盾：不是医学知识太少，而是医学信息太多、更新太快、格式太碎，医生很难在有限时间内完成高质量吸收与判断。

医生面临的并不是单一的“找不到信息”，而是复合型的信息负担：要在有限时间里完成文献检索、摘要阅读、指南比对、证据等级识别、药品说明书核对、病例差异判断，再把这些内容转化为可执行的临床决策。AI之所以首先在“检索与总结”环节爆发，不是因为这个环节最简单，而是因为它最接近医务人员日常负荷的痛点中心。

这也提示医疗AI产品一个很重要的方向：未来不能只提供“答案”，而需提供“证据压缩能力”。也就是把海量、分散、异构的医学信息，压缩成适合临床现场快速吸收的结构化结果，



同时保留追溯路径。近期关于医疗 agentic AI 的讨论也越来越强调,真正有价值的系统不是只会生成文本,而是能在检索、抽取、计算、校验等多个工作原语之间进行协调。

因此,下一阶段医疗AI的竞争重点,很可能会从“谁回答得更像人”转向“谁更能减少医生的信息摩擦成本”。在这一点上,循证决策类专业AI具备天然优势,因为它们更接近临床任务的真实结构。

5. AI付费依然审慎,“低门槛DTC + 温和商业化”是当前最现实的路径

调研显示,87.4%的受访者期望AI免费或月费控制在30元以内;但与此同时,98.1%的医务人员支持DTC(直接面向医务人员)的专业AI模式,且近七成用户表示愿意为此付费。这个结果并不矛盾,反而非常真实:医生并不是拒绝付费,而是对“高频轻工具”的价格容忍度有限。

这意味着,医疗AI当前更适合采用“低客单价、高频使用、长期留存”的产品逻辑,而不是传统软件行业那种高价订阅、重销售、重部署的路径。尤其是在个人支付场景中,用户决策往往遵循非常朴素的标准:这个工具是否每天都能帮我省时间?是否足够专业、值得信任?是否便宜到不用反复权衡?只要这三个条件同时满足,付费意愿就会显著提升。

对商业化方式的态度同样说明了这一点。超过半数受访医生可接受“在AI回答及参考文献下方展示资讯”等不打断阅读流的温和植入,说明医务人员并不排斥商业化本身,他们反感的主要是对专业阅读体验的打断,以及对答案独立性的侵蚀。因此,底部资讯、相关产品信息、循证资料推荐等非侵入式方式,比弹窗式、强插式广告更符合医疗内容消费的心理机制。

从行业趋势看,未来更可行的模式很可能不是单一收费,而是“基础服务低价甚至免费 + 专业增值能力收费 + 温和内容型商业化 + 机构端补贴/采购”的复合模式。尤其考虑到94.1%的医务人员呼吁医疗机构提供AI工具使用津贴,这说明个人端付费虽然可以启动市场,但若要进一步放大使用深度,机构端支持将是下一阶段增长的重要杠杆。



6. 医务人员总体乐观拥抱人机协同, 但临床落地的真正门槛已经转向治理、责任与组织支持

调研显示, 82.3%的受访者认为AI将替代重复性工作而不是取代医生, 83.7%坚信AI最终将帮助患者更健康。总体上, 医务人员对AI的态度是务实乐观的, 他们已经不再把AI视为一种外部威胁, 而更愿意把它看成减负提效、拓展能力边界的协作伙伴。

但与此同时, 55.7%的受访者担心“法律权责黑洞”, 55.0%担心“数据安全风险”, 94.1%呼吁医疗机构提供AI使用津贴。这说明, 医疗AI接下来的主要障碍, 已经不是“用户接不接受”, 而是“制度能不能接住”。也就是说, 技术采用的瓶颈正在从个体认知层面, 转移到组织治理层面。

这背后其实是医疗行业的天然属性决定的。医疗不是普通内容生产行业, 不能只讲效率和体验, 还必须讲责任、审计、授权、隐私、证据来源和风险处置。因此, 未来医疗AI产品如果要真正进入临床核心环节, 必须具备以下能力:

一是明确边界, 知道什么能答、什么只能提示、什么必须转交人工;

二是可追溯, 让医生知道答案来自哪里、依据是什么;

三是可治理, 让机构能看见使用过程、配置权限、设定审查规则;

四是可嵌入, 让AI不是一项额外负担, 而是被纳入日常工作规范。

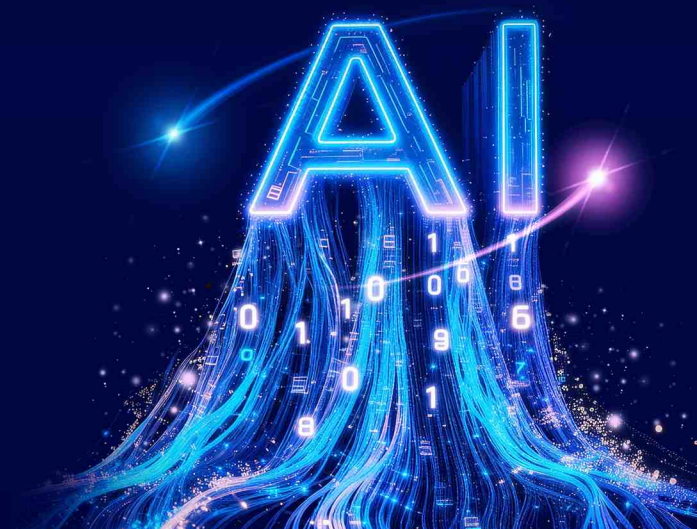
这恰恰也是 Harness Engineering 在医疗场景里的核心价值: 它不是让AI“更会说”, 而是让AI“更能被组织放心地使用”。当行业进入这一阶段, 未来真正胜出的专业医学AI, 不一定是回答最炫的产品, 而更可能是那些在可靠性、流程性、证据性与治理性上建立完整体系的产品。



第一章

人群画像与采纳基线 高资历医生领跑AI浪潮

- 1.1 受访者人群画像：这不是一组普通样本，而是一组具有“前沿观察价值”的样本
- 1.2 人群画像不仅是样本说明，更是后续所有判断的“采纳基线”
- 1.3 职业构成：临床医生占主体，决定了本报告首先反映的是“临床决策场景”的AI需求
- 1.4 科室分布：高强脑力决策与复杂信息处理科室，正在成为AI率先落地的前沿阵地
- 1.5 机构分布与资历结构：高等级机构、高年资人群领跑，说明AI在医疗领域已跨过“玩具化阶段”
- 1.6 地域覆盖：全国分散覆盖意味着趋势具有广泛性，但区域集聚尚不足以形成“城市级结论”
- 1.7 对这一章数据的整体分析：当前中国医疗AI的早期主导者，已经非常清晰





1.1 受访者人群画像:这不是一组普通样本,而是一组具有“前沿观察价值”的样本

本次调研共获得有效样本885份,覆盖全国31个省、自治区、直辖市,受访者涵盖临床医生、护理人员、医技人员、药师及医学生/规培生等多个职业群体。

从样本结构看,本次调研既具有一定的职业多样性,也呈现出非常鲜明的专业特征:**临床医生是绝对主体,高等级医疗机构与高资历医务人员占比较高,重点集中于高认知负荷、强决策密度的核心临床科室。**

这意味着,本次调研并不是对“泛医疗人群”的平均扫描,而更接近于对当前中国医疗体系中**最早接触AI、最有可能率先把AI转化为生产力的人群**的一次观察。换句话说,这组样本的意义,不仅在于反映“谁在使用AI”,更在于帮助我们识别:**中国医疗AI最先从哪里突破、先解决什么问题、未来会沿着什么路径扩散。**

从当前全球AI落地趋势看,很多行业都已经从“是否采用AI”转向“哪些高价值岗位先完成 workflow 重构”。放在医疗行业,这一演进不会首先发生在最简单、最标准化的事务上,而更可能率先发生在那些信息负荷大、知识更新快、判断链条长的岗位与科室中。因此,本次样本所呈现出的结构,本身就具有很强的趋势指示意义。

1.2 人群画像不仅是样本说明,更是后续所有判断的“采纳基线”

在医疗AI研究中,单纯看总体渗透率是不够的。因为“85%的人用了AI”和“哪类人先用、在哪些场景高频用、谁愿意把AI纳入工作流”,是完全不同层次的问题。前者回答的是普及率,后者回答的是扩散路径。

因此,本章的人群画像,实际上承担了整份报告的“基线定义”功能。所谓基线,至少有三层含义:



第一,它界定了当前中国医疗AI的早期主力用户是谁。

如果不先识别样本的职业背景、机构层级、科室类型与执业年限,后面关于AI渗透率、使用偏好、付费意愿、风险担忧等所有数据,都容易被误读为“适用于所有医务人员的平均结论”。实际上并非如此。本次调研更接近于观察一批高势能、高认知负荷、高专业要求的人群如何率先把AI纳入工作。

第二,它为后续年度追踪提供了参照坐标。

如果未来继续做同主题调研,那么今天这组样本可以作为一个非常重要的“时间零点”:我们能够据此判断,AI的使用是否会从三甲、高年资、核心专科,逐步向基层、年轻医生、护理、药学、医技等更多职业和场景扩散;也能判断,医疗AI是停留在“检索和总结工具”,还是进一步进入病例管理、路径辅助、院内协同等更深层环节。第三,它提示我们:医疗AI的竞争,不是平均展开的,而是分层推进的。

新的技术从来不是在所有人群中同时普及,而往往由最有动力、最有压力、也最有能力识别价值的人群率先采用。今天医疗AI的真实前沿,很可能不在“所有医生都是否开始使用”,而在“哪些高密度知识工作者已经开始离不开AI”。这也是为什么样本基线比单纯的总体比例更值得重视。从最近AI产业的演进看,真正决定AI落地效果的,不只是模型本身,而是围绕模型建立的工具调用、流程约束、反馈回路和任务编排机制。

这对医疗行业尤其有启发:在医疗场景里,AI的采用不是一个简单的“会不会用模型”的问题,而是一个“谁最先把AI嵌入自己的知识工作流程”的问题。样本人群画像,正是理解这一过程的起点。

1.3 职业构成:临床医生占主体,决定了本报告首先反映的是“临床决策场景”的AI需求

本次调研中,临床医生占77.3%(684人),构成绝对主体;护理人员占9.6%,医技人员占8.1%,药师占4.3%,医学生/规培生占0.7%。

这一结构决定了本报告的核心结论，本质上首先反映的是临床决策相关场景中的AI需求与态度，而不是广义医疗行政、人力、运营或教育培训等非临床场景的平均情况。



这有两层重要含义：

一方面，临床医生作为医疗体系中最直接承担诊疗判断责任的人群，他们对AI的接受与排斥，天然更受“准确性、时效性、证据支持、法律责任”影响。因此，本次调研中关于检索、总结、循证支持、风险担忧、支付偏好等结果，带有更强的“临床实践导向”。这使得报告更贴近医疗AI最核心、也最难进入的应用腹地。

另一方面，也要看到样本结构带来的边界：由于临床医生占比高，本报告对护理工作流、药学审核、检验影像辅助、院感管理、康复管理等场景的代表性相对有限。因此，这份报告最适合作为中国医疗AI在临床知识工作中的先行观察，而不宜被简单外推为对所有医疗职业群体完全等权的结论。

但恰恰因为如此，这组数据反而更有价值。因为临床医生通常是医疗AI商业化和产品设计中最难打动、也最关键的一群用户。若这一人群已经表现出较高采纳意愿，说明医疗AI并不是停留在外围试用阶段，而是开始进入真正高价值的专业核心场景。

1.4 科室分布：高强脑力决策与复杂信息处理科室，正在成为AI率先落地的前沿阵地



从科室分布看,排名前五的科室依次为:肿瘤/血液科(10.2%)、妇产科/儿科(8.9%)、外科(8.6%)、神经内科(6.2%)及全科/老年医学科(6.0%)。这一结构非常值得重视,因为它并非随机分布,而是高度集中在一类共同特征明显的科室:信息密度高、决策复杂度高、更新速度快、沟通成本高。



这说明,当前AI应用的“高地”并不是简单的文书岗位,而是那些最容易出现信息过载和认知负担的专科领域。

例如,肿瘤/血液科长期面对快速更新的指南、靶向与免疫治疗证据迭代、分子分型驱动的个体化治疗路径,其知识更新速度远快于很多传统专科;妇产科和儿科则在临床决策之外,还要承担更高的沟通压力与风险敏感性;神经内科面对复杂鉴别诊断、慢病长期管理和影像/症状/量表等多维信息整合;全科与老年医学则往往处于多病共存、多药并用、跨专科协调的前线,天然需要更强的信息整合能力。

因此,这些科室更早拥抱AI,并不意味着它们“更爱新技术”,而是因为它们更早感受到传统知识处理方式的极限。当文献、指南、药品信息、适应证边界、患者个体差异不断叠加时,AI首先承担的角色,往往不是替代决策,而是帮助医生完成信息压缩、证据梳理和认知减负。

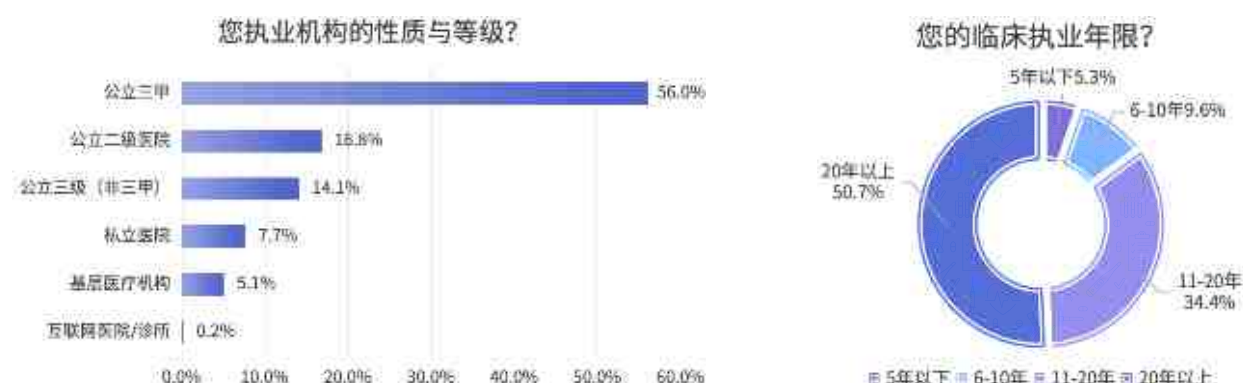
这也是未来专业医学AI最重要的方向之一:不是做一个泛化聊天入口,而是围绕高认知负荷科室,建立更贴近真实临床路径的“场景化能力包”。随着AI产业进入从“模型能力竞争”走向“工作流工程竞争”的阶段,真正有壁垒的产品,不只是回答更流畅,而是能否在这些高复杂度科室里嵌入真实任务链。

对医疗AI而言,肿瘤、神内、妇儿、老年医学等科室,很可能就是最早体现这一逻辑的典型场景。

1.5 机构分布与资历结构:高等级机构、高年资人群领跑, 说明AI在医疗领域已跨过“玩具化阶段”

本次调研显示,56.0%的受访者来自公立三甲医院,且85.1%为执业超过10年的资深医务人员。这个样本特征非常关键,它意味着当前医疗AI的积极使用者,并不主要是“刚入行、爱尝鲜、低责任”的边缘群体,而是大量来自高等级医疗机构、承担更高临床责任与更复杂病例处理任务的成熟专业人群。

机构分布:受访群体呈现典型的“双高”属性(高等级机构、高资历):56.0%的医务人员来自公立三甲医院,且85.1%为执业超10年的资深医师。这群处于医疗资源顶端的“高势能人群”,构成了本次的核心画像。



这一点具有很强的判断价值。因为在很多新技术扩散初期,率先使用的往往是年轻用户或低风险场景中的尝鲜者;但如果高资历专业人士也开始大规模进入,通常意味着该技术已经开始跨越“新奇性阶段”,进入“实用性验证阶段”。

尤其在医疗行业,高年资医生是否采纳AI,往往是一个比总体渗透率更重要的信号。因为这一群体通常具备几个典型特征:

- 一是知识体系更成熟,对错误和幻觉更敏感;
- 二是临床责任更重,对工具的可信度要求更高;
- 三是工作节奏更满,不太可能长期容忍“好玩但无用”的工具;
- 四是对新技术并非天然排斥,但会更严格地从有效性、效率收益和风险边界来评估其价值。

因此,本次样本中高等级机构与高年资人群占比较高,可以被视为一个很强的积极信号:医疗AI至少已经赢得了部分核心专业用户的初步认可。

当然，也正因为如此，我们也要理性理解这一结果。它更像是中国医疗AI当前“前沿采纳层”的画像，而不完全等于全行业平均状态。基层医院、年轻医生、非核心专科与辅助职业群体的采纳节奏，可能还会存在差异。但从技术扩散规律看，这正是一个典型路径：先在高资源、高认知负荷、高专业要求的人群中证明价值，再逐步向更广泛人群外溢。

如果结合全球知识工作中的AI演变趋势来看，这也很符合“前沿组织/前沿岗位先完成重构”的逻辑。越来越多组织正围绕“人+AI agent”的协作方式重新设计工作，而最先发生变化的通常不是低价值事务，而是知识密集、判断密集、时间紧张的岗位。医疗三甲医院的高年资医生，正是这样一类典型岗位。

1.6 地域覆盖：全国分散覆盖意味着趋势具有广泛性，但区域集聚尚不足以形成“城市级结论”

本次调研覆盖全国31个省、自治区、直辖市，分布较为分散，广东、江苏、山东三省位列前三。



地域覆盖：全国31个省市自治区均有覆盖，分布较为分散，其中，广东（7.8%）、江苏（7.6%）、山东（7.2%）位列前三。

这一结果至少说明两点。首先，本次调研所观察到的AI采纳趋势，不是局限于单一地区、单一城市群或少数头部医院的局部现象，而具有较强的全国性基础。这意味着“医务人员开始主动使用AI、并逐步将其纳入专业工作流”这一趋势，已经不再只是个别发达地区的超前实验，而是正在更广范围内形成共识。



其次, 尽管广东等地占比相对靠前, 但整体上区域分布并不构成足够强的城市偏置, 因此不能简单得出“广东医生最依赖AI”或“某省已经率先完成AI普及”之类的地域性强结论。更合理的理解是: AI在医疗领域的采纳, 正在跨地区扩散, 但不同地区的深度使用、机构支持、预算能力与合规条件, 很可能仍存在明显差异。

这也提示后续研究一个方向: 未来如果继续追踪, 可进一步比较东部与中西部、核心城市与非核心城市、三甲与非三甲之间的AI使用深度差异。这样可以更清楚地回答一个关键问题: 当前医疗AI究竟是在“全国同步扩散”, 还是仍然主要依赖高资源地区的先行推动。

1.7 对这一章数据的整体分析: 当前中国医疗AI的早期主导者, 已经非常清晰

如果把职业、科室、机构、年资与地域几个维度放在一起看, 本章实际上勾勒出一幅非常清晰的“早期采纳者地图”:

当前中国医疗AI最主要的率先采纳者, 不是泛泛的医疗从业者, 而是来自高等级机构、拥有较高临床资历、处于高信息负荷与高决策复杂度科室中的核心专业人群。这一点非常重要, 因为它说明医疗AI的扩散, 不是从外围开始“娱乐化渗透”, 而是正在从行业最有压力、也最有判断力的人群中建立价值认同。

这组数据至少可以得出四个整体判断:

第一, AI在医疗行业的价值, 首先被定义为“认知负荷缓解工具”。无论是肿瘤、神内、全科还是妇儿, 这些科室的共同点都不是“文书多”, 而是“需要在不完整、高复杂、快速变化的信息中完成判断”。这说明AI的首要价值不是替代诊疗, 而是承担知识压缩、信息导航与证据整理。

第二, AI采纳已经越过了年轻人尝鲜阶段, 进入资深专业群体验证阶段。高年资医务人员的大量参与, 意味着医疗AI必须在专业可信度上过关, 否则很难获得持续使用。这也解释了为什么通用模型热度虽高, 但专业医学AI需求正在快速上升。

第三, 当前样本可以被视为中国医疗AI的“前沿基线”, 而不是“全民平均值”。它的意义不在于告诉我们所有医疗群体都已经达到同样水平, 而在于定义了谁是第一批真正把AI变成工作工

具的人。未来所有关于下沉扩散、支付升级、院内集成、岗位再分工的讨论,都可以以这一基线为参照。

第四,下一阶段竞争焦点将从“谁先让医生用上AI”,转向“谁能把AI稳稳嵌入这批高势能用户的工作流”。从全球最新AI实践看,越来越多组织发现,决定落地效果的不是模型单点能力,而是围绕AI搭建的harness,也就是工具链、约束、反馈、记忆、审计和流程协同。DeepEvidence内置了四层记忆机制和自我进化能力,实现模型越用越聪明,越用越懂人的特点。

医疗行业尤其如此。谁能够服务好这批高资历、高要求、高复杂度场景中的用户,谁就更可能掌握下一阶段专业医学AI的话语权。





第二章

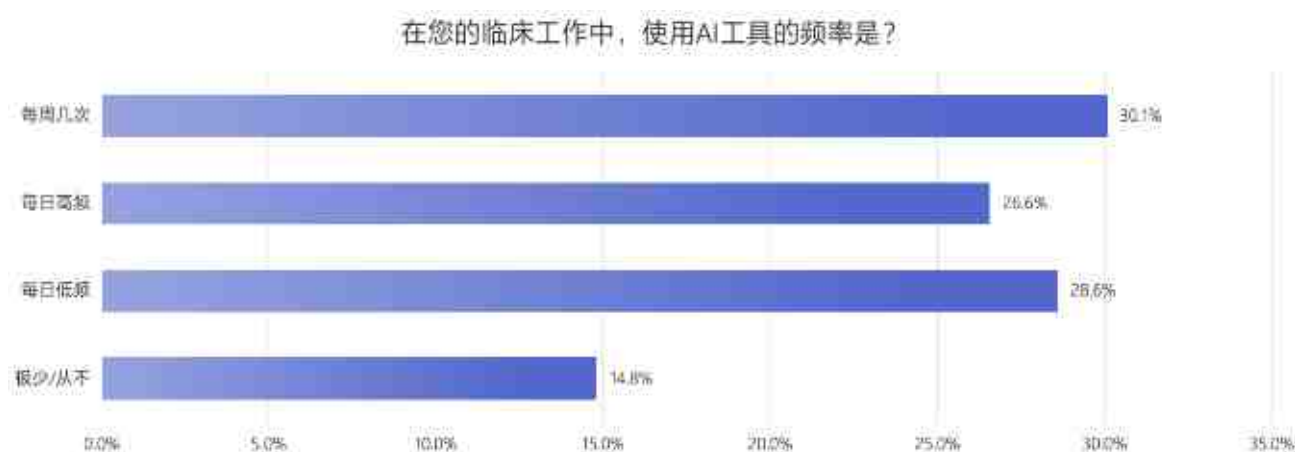
AI渗透现状 与使用行为分析

- 2.1 整体渗透率：医疗AI已越过启蒙阶段，正在进入高频使用与场景细分阶段
- 2.2 不同资历的使用行为分化：6-10年医务人员进入AI高频期，资深医生则呈现“认可价值但保持审慎”的双重特征
- 2.3 不同机构层级的渗透差异：公立三甲成为AI使用高地，基层机构的瓶颈不是需求不足，而是条件不足
- 2.4 制度与内网隔离，才是当前AI渗透的真正门槛：技术采用的障碍正在从“认知问题”转向“系统问题”
- 2.5 对整体数据的综合分析：当前医疗AI已形成“高渗透、强分化、受制度约束”的典型格局
- 2.6 对临床医务人员的启示：AI已不是“可选项”，而是正在形成新的工作基建



2.1 整体渗透率：医疗AI已越过启蒙阶段, 正在进入高频使用与场景细分阶段

调研显示, AI工具在受访医务人员中的整体渗透率已达85.2% (至少每周使用一次)。这一数字本身已经足以说明, AI在医务人员群体中不再是少数人的尝试性工具, 而正在快速成为医学知识工作中的常见基础能力。



如果说过去两年医疗AI的核心命题还是“让医生先接触AI”, 那么到了当前阶段, 更关键的问题已经转变为: 谁在高频使用, 谁在浅层试用, 谁被制度与基础设施挡在门外, 以及未来谁会成为下一批深度用户。换言之, 整体渗透率高, 意味着市场教育基本完成; 但真正决定行业下一步走向的, 将不再是“有没有使用”, 而是“使用深度是否分层、是否稳定嵌入工作流”。

这也是当前全球AI应用演进的一个共同特征。越来越多组织发现, AI落地的重点正从“单次问答能力”转向“是否能持续参与知识工作流程”。梅斯的DeepEvidence也从基于RAG循证医学大模型转向智能体基座, 这也反应AI本身的快速演进, 以适应医疗具体场景的需求。

对于医疗行业而言, 这一变化表现得尤为明显: 医务人员并不是把AI当成一个单独的聊天入口, 而是在用它缓解信息过载、缩短循证检索路径、压缩总结时间, 进而逐步把它纳入自己的日常工作节奏。

因此, 85.2%的整体渗透率, 其意义不仅在于“高”, 更在于它标志着中国医务人员对AI的态度已经完成了从“是否接受”到“如何用好”的过渡。接下来真正值得关注的, 是不同资历、不同机构、不同制度环境下, AI使用行为出现了怎样的分化。

2.2 不同资历的使用行为分化:6-10年医务人员进入AI高频期, 资深医生则呈现“认可价值但保持审慎”的双重特征

从不同执业年限人群的使用行为看,处于职业上升期的6-10年资历群体展现出最高的日均使用强度,每日高频使用率达到34.1%;相比之下,20年以上的资深从业者则表现出更为审慎的态度,其“极少/从不使用”比例达到17.6%,居各群体首位。

这一分化背后,反映的并不是简单的“年轻人更喜欢新技术、年长者更保守”,而是不同职业阶段在工作压力结构、责任边界、知识更新需求和技术容忍度上的系统差异。

对于6-10年资历的医务人员而言,他们通常处在职业发展的高压区间:一方面需要承担越来越重的临床工作,开始成为科室中的骨干力量;另一方面又常常面临科研、晋升、教学、病例汇报、学术写作等多重任务叠加。在这一阶段,时间最稀缺,认知负荷最集中,对“能够立刻节省时间”的工具最敏感。因此,AI在这一群体中快速进入高频使用,并不令人意外。它所提供的检索、总结、归纳、翻译、写作辅助与信息压缩能力,恰好对应了这一阶段医务人员最迫切的效率缺口。

不同资历的AI使用频率





相比之下,20年以上资历的资深医务人员虽然经验丰富、专业判断成熟,但往往也承担更高的临床责任、管理责任与决策责任。正因如此,他们对AI的态度通常不是“排斥”,而是“先审查再采用”。他们更关注AI输出是否可靠、是否会误导、是否影响责任归属、是否值得纳入自己已经成熟的工作方式之中。也就是说,这一群体的审慎,本质上不是对AI无兴趣,而是对高风险专业工具的自然筛选机制。

从技术扩散规律看,这恰恰是一个积极信号。因为在专业性极强的行业中,真正有价值的技术通常会先在“压力最大、最需要效率杠杆的人群”中高频使用,再逐步向“标准更高、判断更谨慎的人群”渗透。一旦资深群体完成从观察到认可的转换,技术往往才会进入更深层次的制度化应用阶段。

因此,对这一分化更准确的理解应该是:中青年骨干正在把AI变成高频生产力工具,而高年资医生则在进行更严格的价值验证。这意味着,医疗AI未来若想进一步提高渗透深度,不能只强调“会回答”,而必须在可靠性、可追溯性、专业边界和场景贴合度上继续进化。

2.3 不同机构层级的渗透差异:公立三甲成为AI使用高地,基层机构的瓶颈不是需求不足,而是条件不足

低频/未使用率最低,仅为10.7%。相比之下,基层医疗机构的AI使用渗透明显不足,其“极少/从不使用”比例达到26.7%,每日高频使用率仅13.3%,与三甲之间存在显著落差。

这一结果非常具有现实解释力。表面看,这似乎是不同机构“对AI兴趣不同”;但更深层看,这种差异更像是资源条件、任务复杂度与技术接入能力共同作用的结果。

三甲医院之所以成为AI使用高地,首先是因为其临床复杂度更高、疑难病例更多、指南更新压力更强、科研与学术任务也更密集。在这样的环境下,AI带来的边际价值更容易被迅速感知。对于三甲医生而言,AI不是锦上添花,而往往是应对信息洪流与多任务并行的一种现实手段。



其次,三甲医院的医务人员通常更容易接触前沿医学信息、数字化工具与学术资源,对新技术的试错门槛也相对更低。即使在院内系统尚未深度集成的情况下,他们也更有可能会通过手机、小程序、网页端等轻量入口先形成使用习惯。

而基层医疗机构的落后,并不能简单理解为“基层不需要AI”或“基层医生不愿意用AI”。恰恰相反,基层同样面临诊疗支持不足、知识更新不均衡、继续教育资源有限等问题,理论上对AI辅助的需求并不低。真正的问题在于:基层在技术接入、制度支持、网络环境、设备条件和使用培训方面,往往更容易受到限制。也就是说,基层AI渗透不足,更可能是一种“供给和条件约束”问题,而不是“需求缺失”问题。

这对行业有重要启示。当前医疗AI的扩散路径,很可能与其他数字化工具类似:先在高资源机构中完成价值验证,再逐步向基层扩散。但医疗AI与传统信息化工具不同的一点在于,AI的交付形态更轻、成本理论上更低,如果产品设计得当、入口足够简洁,再配合机构支持与政策引导,其向基层渗透的速度可能快于传统院内系统建设。

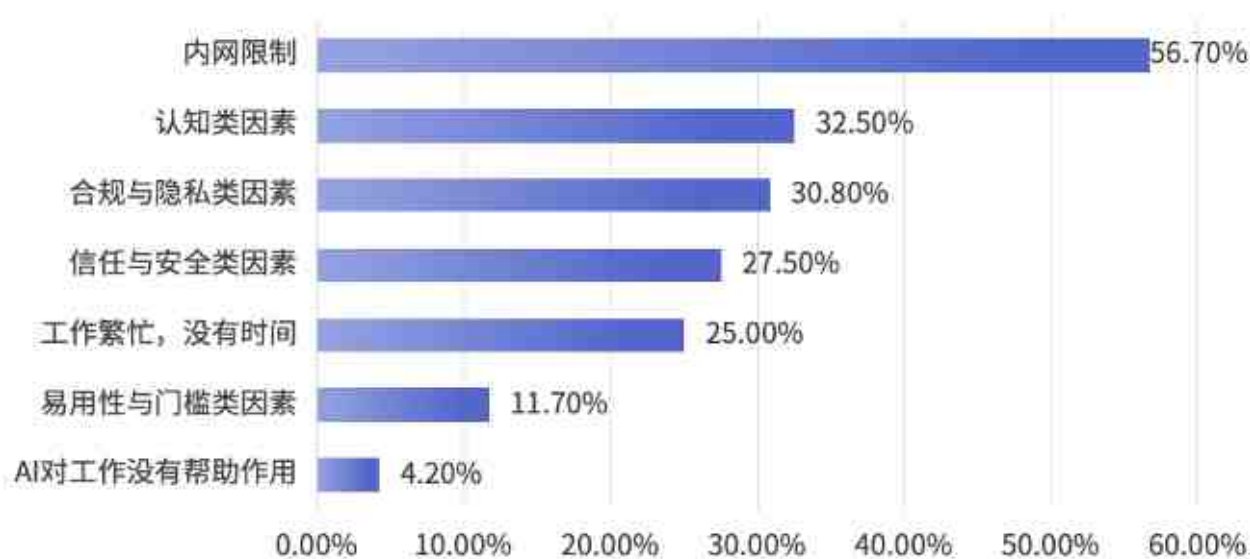


因此，公立三甲与基层之间的差距，不应只被看作“当下落差”，更应被看作未来行业增长的主要空间。三甲定义了现阶段AI的高地，而基层决定了医疗AI最终能否真正形成普惠价值。

2.4 制度与内网隔离，才是当前AI渗透的真正门槛：技术采用的障碍正在从“认知问题”转向“系统问题”

在低频/非用户群体 (N=120) 中，有14.8%的受访者属于低频或未使用AI人群。值得注意的是，这部分人并非主要因为“AI没有价值”而拒绝使用——认为“AI无用”的仅占4.2%。相反，影响使用的核心障碍来自基础设施层面的内网隔离，占比高达56.7%。

低频/不使用AI的障碍因素



这一数据非常关键，因为它揭示了当前医疗AI渗透面临的真正瓶颈：阻碍AI进一步进入临床现场的，并不是医务人员主观上不认可，而是院内制度、网络安全架构与IT环境尚未为AI留出可进入的通道。

这说明医疗AI的发展已经进入一个新的阶段。早期阶段的重点是“教育用户”“提升认知”“证明工具有用”；而当整体渗透率已经达到较高水平后，真正决定能否继续扩张的，往往不再是个体态度，而是组织系统是否允许、是否支持、是否给出合规的接入方式。



医疗行业对此尤其敏感。由于涉及患者信息、数据安全、责任边界和院内管理,很多医疗机构天然对外部工具持谨慎态度,内外网隔离成为普遍现象。从安全治理角度看,这种谨慎有其合理性;但从技术发展角度看,如果缺乏相应的合规通道、院内部署方案、访问审计机制和风险控制体系,就会出现一个典型矛盾:医生有需求,也愿意用,但真正高频工作的环境却进不去。

这也是为什么当前AI行业越来越强调“harness”与“系统工程”的原因。

放在医疗场景中,这可以理解为:未来的专业医学AI不能只是一个开放式入口,而需要提供更适合院内环境的落地形态,例如权限控制、访问审计、证据追溯、院内部署或专属安全通道。只有这样,AI才能真正从“个人自发使用”迈向“机构可接受使用”。因此,本次调研最值得重视的发现之一在于:当前医疗AI最大的阻力,已不是观念阻力,而是制度与基础设施阻力。这意味着,下一阶段竞争不只发生在模型与产品之间,更发生在谁能更好地解决医院场景下的合规接入和组织落地问题。

2.5 对整体数据的综合分析:当前医疗AI已形成“高渗透、强分化、受制度约束”的典型格局

如果将整体渗透率、资历差异、机构差异与使用障碍放在一起看,本章数据勾勒出的是一个非常清晰的行业格局:医疗AI已经实现高水平渗透,但其使用深度呈现明显分层,并且进一步渗透的主要制约因素已经从“用户认知”转向“组织条件”。

这一格局可以概括为三个关键词。

第一个关键词是高渗透。85.2%的整体渗透率说明,AI已经进入大多数受访医务人员的工具箱。它不再是一个边缘话题,也不再只属于少数技术敏感者。市场教育基本完成,未来不会再回到“要不要接受AI”的原点。第二个关键词是强分化。

不是所有人都在以同样的方式使用AI。6-10年资历的中青年骨干最早进入高频期,说明AI首先在压力最大、效率需求最迫切的人群中释放价值;三甲医院成为高地,说明AI首先在高复杂度、高资源密度的机构中完成验证。这些差异不是噪声,而是技术扩散的真实轨迹。第三个关键词是制度约束。



当前阻碍进一步普及的关键,已不是“医生愿不愿意”,而是“医院能不能让AI进来、以什么方式进来”。这意味着,医疗AI行业接下来若想进一步做大,不仅要继续优化产品体验,还必须在合规接入、院内安全、责任边界与机构协同上补齐能力。从更长远的趋势看,医疗AI下一阶段很可能会出现两条并行路线:一条是继续通过移动端和轻量入口服务个人用户,保持高频、低门槛、快速扩散;另一条则是逐步进入机构侧,通过更安全、更可控、更可治理的方式嵌入医院 workflow。前者决定增长速度,后者决定行业深度。全球AI组织实践也正在朝这一方向演进:领先组织越来越重视把AI从“个人工具”变成“可管理、可协同的工作系统”。

2.6 对临床医务人员的启示:AI已不是“可选项”,而是正在形成新的工作基建

对于临床医务人员而言,本章数据传递出的最重要信号是:无论资历深浅,AI都正在成为应对医学信息过载、提升知识处理效率的重要手段。尤其对6-10年资历的中青年骨干来说,AI已经不只是补充工具,而是缩短循证检索时间、压缩总结成本、提高多任务处理效率的现实抓手。

对于高年资医生而言,当前最合理的姿态不是简单地“完全采纳”或“完全排斥”,而是更有针对性地评估AI在自身专科场景中的辅助价值。例如,在指南摘要、文献速读、患者教育、病例汇报、科研初稿整理等环节,AI往往更容易形成明确收益;而在高风险诊疗判断上,则应更加重视证据链、专业复核与责任边界。

而对于医疗机构管理者而言,本章数据其实也发出了一个清晰信号:如果院内仍把AI使用视为个体自发行为,而不提供制度化支持与合规通道,那么医生对AI的需求将长期停留在院外碎片化使用阶段,难以真正转化为组织效率提升。未来谁能率先解决“让AI安全进入临床工作环境”的问题,谁就更可能在医疗AI的下一阶段占据主动。



第三章

竞争格局： AI工具的生态分化

- 3.1 工具类型偏好:通用大模型占据入口,专业医学AI紧随其后,院内AI仍处于成长阶段
- 3.2 通用大模型市场格局:国产模型占据主导,DeepSeek形成断层领先,但“入口优势”并不等于终局优势
- 3.3 使用习惯与行为模式:多模型择优与交叉验证,体现了医务人员天然的专业审慎
- 3.4 专业医学AI市场格局:头部初现,但整体仍处于分散竞争期
- 3.5 医院引入速度感知与工具选择:通用模型吃到的是“院内空窗期红利”
- 3.6 交互方式与设备偏好:关键词搜索仍是主流,说明医疗AI首先要服务“任务”,而不是服务“聊天”
- 3.7 对整体竞争格局的综合分析:市场已经分层,但真正的胜负手正在从“能力竞争”转向“路径竞争”
- 3.8 对医疗机构管理者的启示:如果院内引入太慢,医生会用自己的方式填补空缺



3.1 工具类型偏好:通用大模型占据入口,专业医学AI紧随其后,院内AI仍处于成长阶段

从工具类型偏好看,通用大模型以55.9%的使用率位居首位,专业医学AI以45.2%紧随其后,院内AI系统则以31.8%位列第三。这个排序本身已经说明,当前中国医务人员的AI使用生态,并不是单一工具形态主导的市场,而是一个明显分层、分工、分阶段演进的复合生态。



通用大模型之所以暂时占据首位,核心原因并不一定是其在医疗专业性上最强,而是其在“先被看见、先被接触、先被试用”这三个层面具有天然优势。它们往往具备更高的社会认知度、更低的使用门槛、更灵活的开放式交互体验,因此更容易成为医务人员接触AI的第一入口。相比之下,专业医学AI虽然更贴近临床需求,但在品牌触达、场景教育和产品入口上仍需要与通用模型竞争;而院内AI系统则受制于采购、部署、合规、接口和组织流程,其发展节奏天然更慢。

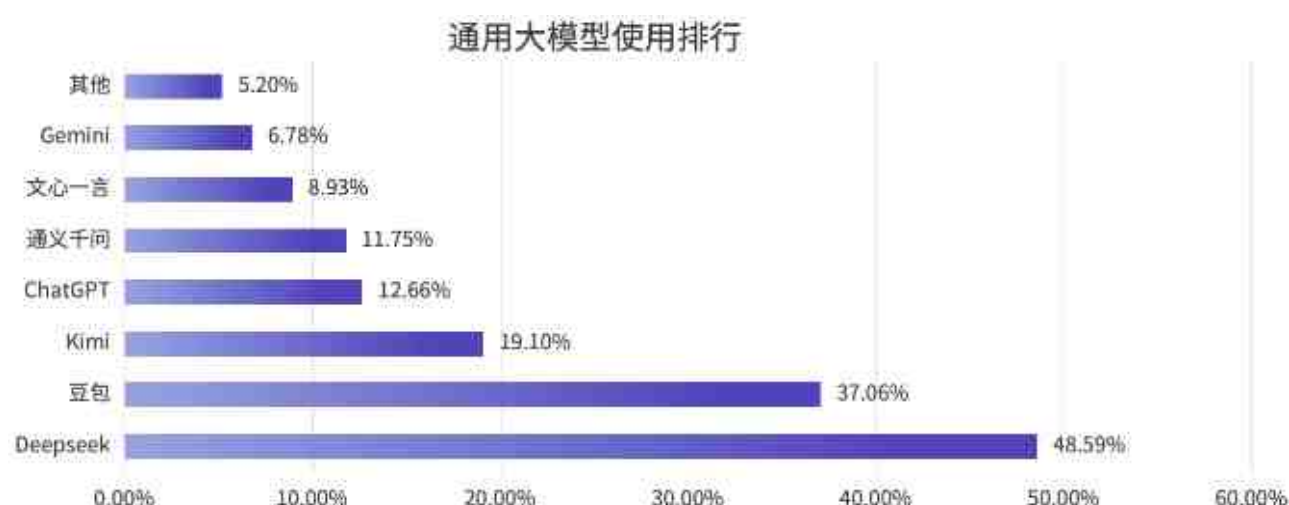
因此,这一格局不能简单理解为“谁更强”,而更应理解为三类工具分别对应了三种不同层次的需求:通用大模型满足的是普适入口需求,专业医学AI满足的是高可信专业需求,院内AI系统满足的则是深度整合与组织级应用需求。这也与当前全球AI应用的总体趋势一致:越来越多组织开始从单一模型使用,走向“模型+工具+工作流”的复合架构,AI价值的竞争重心正从模型本身转向能否真正嵌入任务流程。

换句话说,今天医疗AI市场的竞争并不是零和替代关系,而更像是一个分层漏斗:通用大模型负责完成用户启蒙与需求激活,专业医学AI负责完成专业深化,院内系统则承担未来制度化整合的角色。谁能在这个链条上占据关键位置,谁就更可能在下一阶段获得更强的话语权。



3.2 通用大模型市场格局:国产模型占据主导, DeepSeek形成断层领先, 但“入口优势”并不等于终局优势

在使用过通用大模型的受访者中(N=471), DeepSeek以91.3%的选择率断层领先, 折算到全体样本中占48.6%。同时, 前五名中有四席由国产大模型占据。这一结果表明, 在中国医务人员群体中, 通用大模型市场已经呈现出高度本土化的竞争格局。



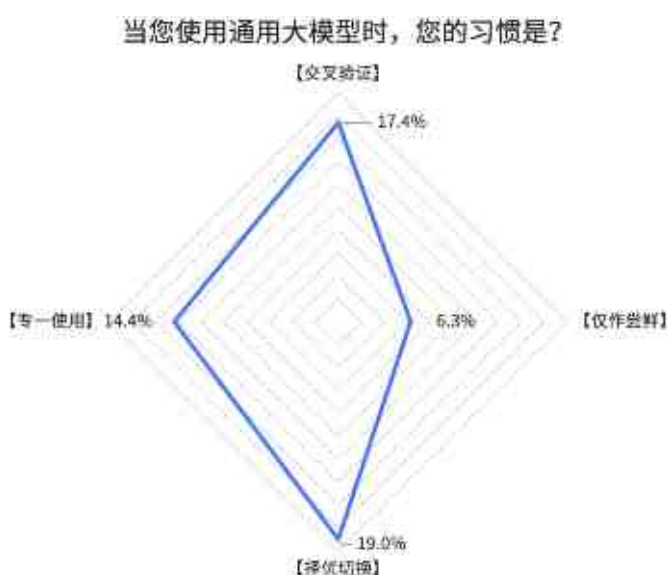
这种格局的形成, 首先与可获得性和传播效率密切相关。对大多数医务人员而言, 工具选择往往不是在理想状态下进行的专业评测, 而是受访问便利性、口碑扩散、社交传播、移动端适配和上手成本所影响。谁更容易进入医生的手机、微信群、工作碎片时间, 谁就更容易先获得使用份额。从这个意义上说, DeepSeek等国产模型的领先, 体现的是它们在中国本地场景中的入口优势和触达效率。

但同时也要看到, 通用大模型市场的高集中, 并不代表其能够自动延续到专业医学AI市场。因为通用模型占优的逻辑, 更多建立在“人人都能先试一试”的普适性上; 而进入医疗核心应用后, 决定长期留存的因素将越来越多地转向证据来源、专业边界、引用能力、场景模板、结果可靠性和合规适配。也就是说, 入口优势可以带来渗透率, 但未必自动带来临床深度使用。

这正是当前医疗AI竞争最关键的拐点: 医务人员往往先从通用模型进入AI世界, 但随着使用深入, 他们会越来越清楚地感受到通用工具在高风险专业任务上的边界。未来真正决定市场格局的, 不只是“谁最先被使用”, 而是谁能把这种使用转化为稳定的专业依赖。

3.3 使用习惯与行为模式：多模型择优与交叉验证，体现了医务人员天然的专业审慎

从使用行为看，超过三分之一的受访者会采取“择优切换”（19.0%）或“交叉验证”（17.4%）策略。这一现象非常值得重视，因为它揭示了医务人员使用AI时的一个核心特征：他们并不是把AI当作单一权威，而是把AI纳入多源比对和专业判断流程之中。



这与一般大众使用AI的习惯存在显著差异。在普通消费场景中，用户更容易追求“一个答案就够了”；而在医疗场景中，医务人员天然具备更强的证据意识和风险意识，他们不会轻易因为一个模型“说得像”就完全采信。相反，他们更倾向于把不同模型的输出互相参照，再结合自己的经验、指南、原始文献或院内规范进行判断。这种多源验证行为，实际上与循证医学长期形成的专业训练高度一致。

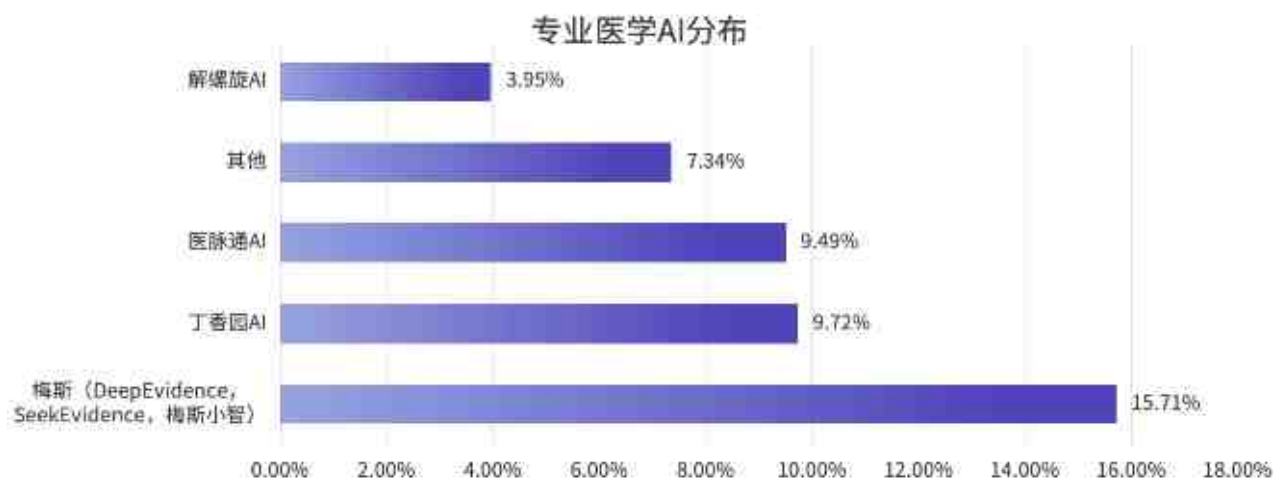
从产品竞争角度看，这一行为模式释放了一个非常重要的信号：医疗AI市场并非“赢家通吃”的纯平台逻辑，而更可能长期存在多工具共用、多系统并行的局面。对医务人员而言，AI更像一组可调度的辅助能力，而不是一个唯一入口。谁在某一类任务上表现更稳、谁在某一场景中更顺手，谁就会被调用。

这也意味着，未来医疗AI的产品设计不能只追求“大而全”，而应更加重视在关键环节中建立可验证、可比对、可追溯的专业信任。当前AI工程实践越来越强调“harness”的重要性，即通过外部工具、规则、反馈回路和任务编排来提升系统稳定性，而不是只依赖模型裸输出。

在医疗场景下，这一点尤为重要：医生本来就习惯验证，产品若能主动支持验证，而不是把验证成本全部推给用户，反而更容易形成长期信任。

3.4 专业医学AI市场格局：头部初现，但整体仍处于分散竞争期

在使用过专业医学AI的受访者中(N=409)，梅斯系列产品使用率为34.0%，在专业医学AI工具中占比最高；丁香园AI(21.0%)与医脉通AI(20.5%)构成第二梯队。与通用大模型市场的高度集中不同，专业医学AI领域目前呈现出相对分散、竞争均衡的格局。



这种分散格局本身并不意味着市场不成熟，反而说明专业医学AI还处在一个“场景验证 + 心智争夺”并行推进的阶段。通用模型之所以容易集中，是因为它们提供的是普适性能力，用户更容易围绕少数头部形成集聚；而专业医学AI提供的则是场景化、知识化、流程化能力，不同平台可能分别在循证检索、指南问答、病例辅助、科研写作、药学支持等方面建立局部优势，因此短期内更可能呈现多极竞争。

从产业演化角度看，这种格局很典型：行业早期先比“谁先做出来”，中期比“谁更符合真实工作流”，后期才比“谁能建立稳定护城河”。当前专业医学AI显然正处于第二阶段。也就是说，决定未来格局的关键，已经不再只是“有没有AI”，而是“谁能更自然地切进高频临床环节，谁能在专业可信度上建立稳定预期”。

从全球AI组织实践看，越来越多机构正在把注意力从单纯的模型能力，转向“人机协同流程如何被重新设计”。

对专业医学AI而言，这意味着未来胜负未必首先取决于谁答得最华丽，而更多取决于谁能最早成为医生在真实工作中“默认会打开”的那个工具。

3.5 医院引入速度感知与工具选择:通用模型吃到的是“院内空窗期红利”

数据显示,在认为医院引入AI“太慢”的受访者中,使用通用大模型的比例显著高于其他群体(60.8% vs 48.4%),而专业医学AI的渗透率相对有限。这个结果非常有解释力,因为它说明当前很多医务人员选择通用大模型,并不完全是因为专业医学AI价值不足,而更像是在院内整合尚未到位时,通用工具率先填补了需求空白。



换句话说,这种结构更接近一种“路径依赖”而非“价值终局”。当医生在日常工作中已经强烈感受到效率压力,但院内又没有合规、顺手、触手可及的AI入口时,他们自然会先使用认知度高、访问便捷、几乎零学习成本的C端工具。谁更早出现在他们眼前,谁就先获得使用机会。

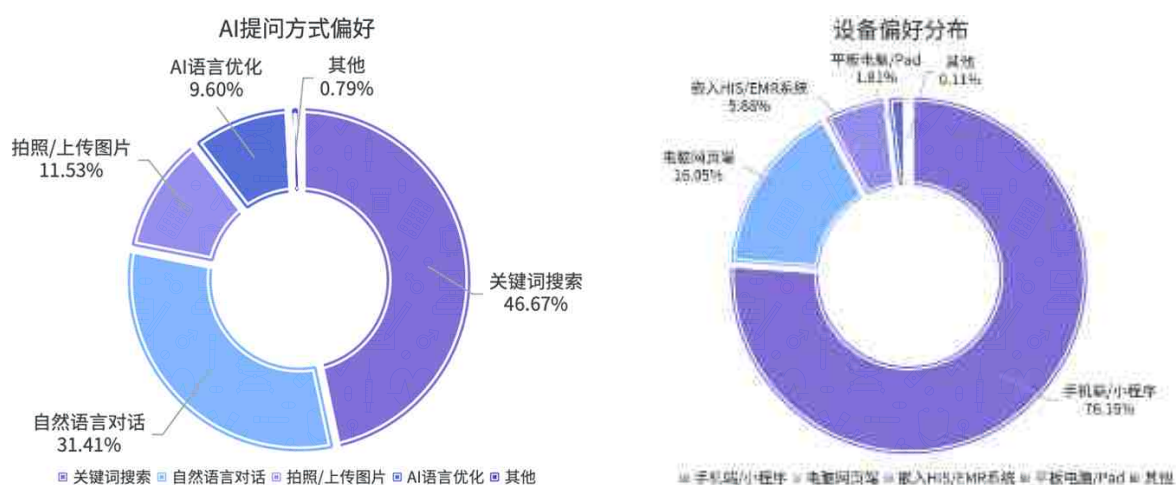
这也揭示了专业医学AI当前面临的核心挑战:不一定是产品能力本身不足,而是获取门槛仍然偏高、切入路径仍然不够自然。如果一个专业医学AI必须依靠医生额外下载、额外注册、额外学习、额外切换场景,哪怕能力更强,也可能输给一个“虽然不够专业,但打开更快”的工具。医疗行业的真实竞争,很多时候不发生在评测台上,而发生在查房间隙、门诊空档、夜班时刻、手机切换的那几秒钟里。

因此,专业医学AI下一阶段真正需要解决的,并不是简单地继续堆砌模型能力,而是思考如何更低摩擦地切入真实诊疗环节,例如查房前快速摘要、门诊中即时检索、开嘱前用药核对、出院教育自动生成、科研资料快速整理等。梅斯DeepEvidence正从单一的问答迅速转向全能的医疗产品,甚至用户可以自己利用DeepEvidence开放的AI能力,在技能模块中,搭建日常真实诊

疗环境的应用。对医疗AI来说，这句话几乎可以直接翻译为：未来的竞争，不只是更专业，而是更容易被用在真实工作里。

3.6 交互方式与设备偏好：关键词搜索仍是主流，说明医疗AI首先要服务“任务”，而不是服务“聊天”

从交互方式看，关键词搜索以47.0%位居首位，自然语言对话占31.6%，拍照/上传图片占11.6%。从设备偏好看，手机端/小程序以76.2%占据绝对主流。



这一组数据有一个很重要的启示：虽然大模型时代带来了“对话式交互”的想象，但在真实医疗场景中，医生首先追求的仍然是最快速、最低认知成本地完成一个明确任务。关键词搜索之所以仍然领先，并不表示医生不接受自然语言，而是因为在高压工作流里，很多需求本身就是明确而结构化的：查某个药、看某条指南、核对某个适应证、找某个疾病要点。这类任务并不一定需要长对话，反而更需要快速命中。

这说明医疗AI产品设计不能简单照搬大众聊天产品的逻辑。医生并不是为了“聊天”而打开AI，而是为了在最短时间内完成一个专业动作。因此，最优体验往往不是更长的对话链，而是更短的任务链。未来真正成熟的医疗AI，很可能会同时支持三种模式：关键词直达、自然语言解释、图片/文档多模态补充。不同模式并不是互斥的，而是服务不同临床情境。

设备偏好同样印证了这一点。手机端/小程序成为绝对主流，说明当前AI使用高度嵌入碎片化的临床时间结构。医生并不是在完整办公环境中专门安排一段时间“使用AI”，而是在查房、门诊、会诊、候诊、移动途中不断发起微型任务。因此，移动端体验的优先级极高，谁能把复杂能力压缩成轻量入口，谁就更容易获得高频使用。



3.7 对整体竞争格局的综合分析：市场已经分层，但真正的胜负手正在从“能力竞争”转向“路径竞争”

如果把本章各项数据综合起来看，可以得出一个清晰判断：当前医疗AI市场已经形成了较明显的生态分层，但决定下一阶段格局的关键，正在从“谁有能力”转向“谁有路径”。

所谓“能力竞争”，是早期阶段的逻辑，重点在于谁先具备问答、总结、检索、生成等AI能力；而“路径竞争”则是当前阶段的逻辑，重点在于谁能更低摩擦地被医务人员获取、更自然地进入高频场景、更可靠地支持验证与追溯、更顺畅地与移动端和院内环境协同。

从这一角度看，通用大模型的强势，本质上是路径优势的体现；专业医学AI的分散竞争，则说明行业正在从“证明有用”走向“争夺嵌入位置”；院内AI系统的滞后，不是价值不高，而是落地链条更长。未来真正的头部产品，很可能不是单纯意义上的“最好模型”，而是那些能把入口、专业性、验证机制、移动体验与组织落地串成一体系统。

这也解释了为什么当前AI行业越来越强调“系统”而不是“模型”。关于人—智能体协同组织的研究，都在指向同一个方向：真正产生持续价值的，不是模型裸能力，而是模型如何被放进工作网络中。医疗行业正处在这一转折点上。

3.8 对医疗机构管理者的启示：如果院内引入太慢，医生会用自己的方式填补空缺

对医疗机构管理者而言，本章最值得重视的信号是：60.6%的受访者认为所在医院引入AI“太慢”，而这一群体更倾向使用通用大模型来弥补院内缺口。这意味着，如果机构侧缺乏明确的AI评估、引入与使用机制，一线医生并不会因为制度空白而停止使用AI，他们更可能转向院外、C端、自主可得工具。

这既说明需求真实存在，也带来了新的管理挑战。一方面，医生通过自发使用AI提高效率，体现了组织中已经出现了真实的工作流重构需求；另一方面，如果这种需求长期只能通过非授权、非标准化方式满足，也会带来数据安全、信息输入边界、结果责任和使用不可见等风险。

因此，建立合规的AI工具评估与引进机制，已经不是“是否跟上潮流”的问题，而是一个越来越现实的治理问题。谁能更早建立院内可用、合规可控、低摩擦接入的AI工具体系，谁就更有机会把一线医生的自发需求，转化为真正的组织能力。



第四章

核心痛点与需求图谱

- 4.1 循证决策的效率困境:医生面临的不是“知识不够”,而是“知识过载下的处理失速”
- 4.2 最希望AI辅助的临床环节:需求开始从外围效率工具,走向核心决策支持
- 4.3 不同痛点人群的需求分化显著:底层痛点不同,决定了对AI的功能期待并不相同
- 4.4 “完美AI助手”功能需求矩阵:临床决策支持形成断层领先,说明市场已越过浅层辅助阶段
- 4.5 文献研读:共识最强、阻力最小、最适合率先规模化落地的应用场景
- 4.6 对整体需求图谱的综合分析:医疗AI的真正机会,在于压缩“从信息到判断”的中间链条
- 4.7 对临床医务人员的启示:先找到自己的主痛点,再选择真正适配的AI能力



4.1 循证决策的效率困境:医生面临的不是“知识不够”,而是“知识过载下的处理失速”

当被问及在临床决策中面临的主要阻碍时,受访者普遍指出,“检索与总结耗时”(33.8%)和“信息获取滞后”(26.8%)是当前制约工作效率的两大核心痛点。这个结果非常关键,因为它说明,当前医务人员最迫切的问题,并不是完全没有信息可用,而是在信息极大丰富的背景下,缺乏足够高效的知识处理能力。



换句话说,循证决策的难点,已经越来越少表现为“找不到资料”,而更多表现为“资料太多、太碎、更新太快、不同来源之间又难以快速整合”。指南不断更新,文献持续增长,药品适应证和真实世界证据也在扩展,但临床一线医生的时间并没有同步增加。于是,一个越来越突出的矛盾出现了:医学知识体系在高速增长,医生可用于消化这些知识的时间却在持续压缩。

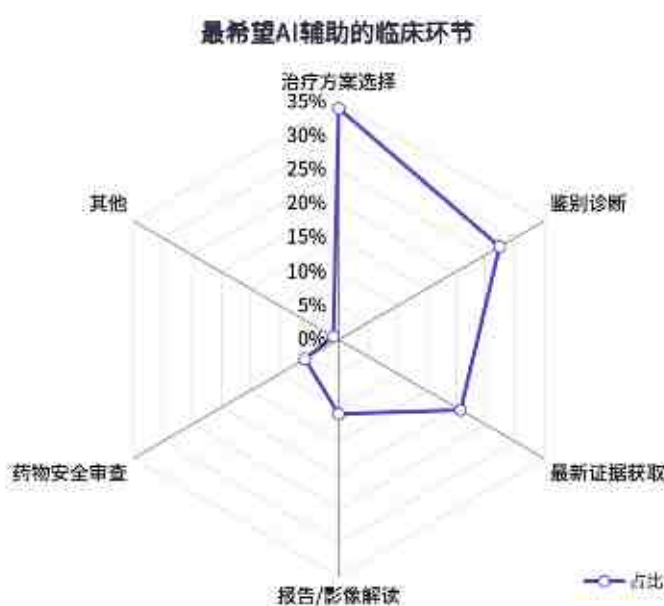
这正是医疗AI最容易切入的现实基础。它首先解决的不是“替医生思考”,而是帮助医生把原本需要花费大量时间完成的检索、提炼、比对、归纳和初步组织工作压缩到更短时间内。也就是说,AI在当前阶段最核心的价值,并不是直接替代判断,而是充当一种“认知减负工具”与“信息压缩引擎”。

从更广泛的AI演进趋势看,很多组织也正在经历类似变化:AI的价值越来越不只是提供一个答案,而是缩短从“提出问题”到“获得可行动信息”的路径。

放在医疗场景中,这一趋势表现得更为明显,因为医生面对的不是普通信息工作,而是高度时间敏感、责任敏感、证据敏感的决策工作。因此,本次调研揭示的“检索与总结耗时”“信息获取滞后”,不应仅被视为具体功能层面的抱怨,而应被理解为一种更深层的结构性困境:循证医学的要求在提高,但传统知识获取方式已难以匹配当下临床工作的时间结构。

4.2 最希望AI辅助的临床环节:需求开始从外围效率工具,走向核心决策支持

当被问及最希望引入AI辅助的临床环节时,受访者的需求高度聚焦于“治疗方案选择”(34.1%)与“鉴别诊断”(27.5%),两项合计超过六成。这个结果非常有分量,因为它表明医务人员对AI的期待,已经不再局限于“写写总结、做做翻译、润色一下文字”,而是在逐步向临床核心判断链条靠近。



当然,这并不意味着医生希望AI直接取代自己的专业决策。更准确地说,医务人员期待AI在这些高价值、高复杂度环节中承担“前处理”和“决策支持”的角色:帮助快速汇总证据、整理备选路径、提示关键分歧点、归纳可能的诊疗方向,而最终判断仍由医生完成。也就是说,AI正在从“外围效率工具”向“核心认知协作工具”迁移。

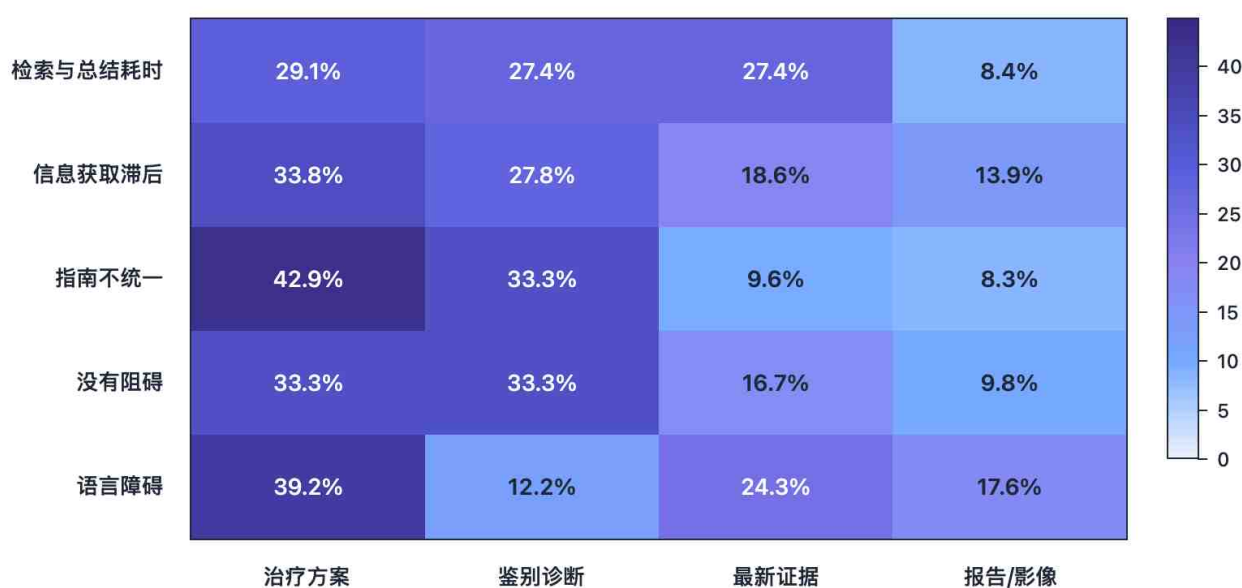
这一点非常值得重视。因为它意味着未来医疗AI的发展方向,不会停留在通用问答层面,而会越来越多地走向围绕治疗路径、鉴别诊断、证据整合与风险提示展开的专业支持系统。对于产品设计者来说,这等于明确指出了下一阶段的能力重心:不是简单把模型做得更会说,而是让AI更懂“临床如何做判断”。

从最近AI系统设计的趋势来看,2026年刚刚提出的 harness engineering,本质上也在强调这一点:真正稳定可用的AI,不只是一个会生成文本的模型,而是一个被工具、规则、流程和反馈机制包裹起来的工作系统。

在医疗场景里,这种思路尤其适合落在治疗方案选择与鉴别诊断等任务上,因为这些环节本来就不是一句话能完成的,而需要检索、筛选、组织、解释和校验多个步骤共同完成。因此,可以说,本次调研已经非常清楚地勾勒出医疗AI未来最重要的价值方向:不是“生成内容”,而是“参与临床判断前的证据整理与路径支持”。

4.3 不同痛点人群的需求分化显著:底层痛点不同,决定了对AI的功能期待并不相同

交叉分析显示,受访者的底层痛点,直接决定了其对AI功能的偏好。具体而言,日常受困于“指南不统一”的医务人员,其需求高度聚焦于“治疗方案选择”,占比达到42.9%的高值;而因“检索耗时”而苦恼的群体,其需求在治疗方案、鉴别诊断与最新证据三个方向上则呈现较为均衡的分布,均在27%—29%之间。



这说明,医疗AI用户并不是一个需求同质化群体,表面上大家都在“使用AI”,但他们真正想让AI解决的问题并不相同。有人最担心的是不同指南之间口径不一、版本差异、推荐等级不一致,因此更希望AI帮助做多源整合与方案梳理;有人最痛苦的是检索过程太慢、资料太散,因此更希望AI成为一个全面而快速的信息压缩器;还有一些人则更关心最新证据的追踪,这意味着他们对AI的期待更偏向于前沿动态捕捉与更新提醒。

这一现象对行业非常重要,因为它提醒我们:未来医疗AI不能只做一种“平均意义上的万能助手”,而更需要围绕不同痛点设计不同能力路径。真正成熟的专业医学AI,很可能不是提供一个统一入口就结束,而是要逐步形成面向不同场景和人群的能力矩阵,例如:指南整合型、证据追踪型、诊断支持型、治疗路径型、文献加速型等。



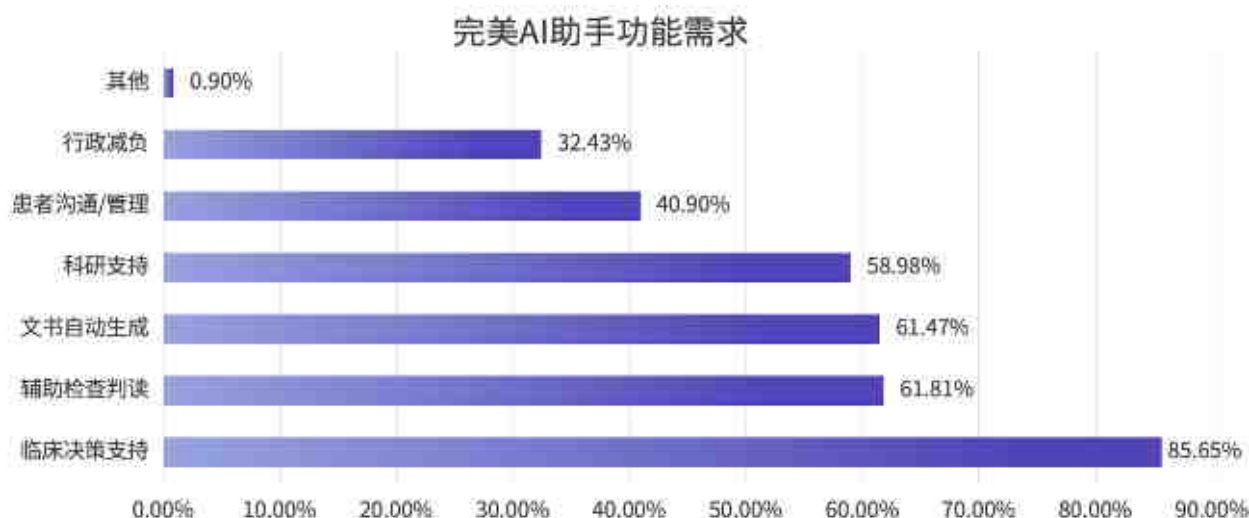
从组织应用角度看，这也与当前AI系统的普遍演进方向一致。越来越多企业发现，AI要真正产生持续价值，就不能只提供一个泛化聊天框，而要根据任务差异进行更细的编排和能力封装。

对医疗AI而言，这种“按痛点分层设计能力”的必要性更高，因为临床工作本身就高度分场景、分责任、分流程。因此，这一部分数据最重要的含义在于：医疗AI的竞争，未来不会只是模型能力竞争，而会越来越变成“谁更懂不同类型医生到底卡在哪里”的竞争。

4.4 “完美AI助手”功能需求矩阵：临床决策支持形成断层领先，说明市场已越过浅层辅助阶段

在“完美AI助手”功能需求矩阵中，“临床决策支持”以85.6%的占比位居首位，并呈现压倒性优势；与排名第二的“辅助检查判读”（61.8%）相比，领先幅度接近24个百分点，形成明显断层。

这个结果说明，当前医务人员对AI的期待，已经非常明确地指向一个核心命题：他们最希望AI帮助提升的，不是表层的信息呈现，而是更深层的临床判断效率与质量。



这并不意味着医生愿意把决策权交给AI，而是说明在真实工作中，最让他们感到压力的正是决策相关环节。因此，凡是能够减少决策前的信息摩擦、降低判断前的认知负担、提升对复杂证据的把握速度的能力，都会被赋予更高价值。同时，“辅助检查判读”位列第二，也说明医务人员对AI的期待并不只停留在文本知识处理，而是开始延伸到更接近多模态和实际诊疗流程的环节。这提示未来医疗AI产品的能力边界会继续外扩：从文本问答，到图像/报告辅助，再到更复杂的病例整合与流程协同。



但需要强调的是,越靠近决策核心,医务人员对AI的要求也会越高。此时决定产品竞争力的,不会只是回答是否流畅,而是是否有证据来源、是否能解释依据、是否能提示边界、是否支持人工复核。换言之,用户对AI价值期待越高,对其“系统可信度”的要求也会同步提高。

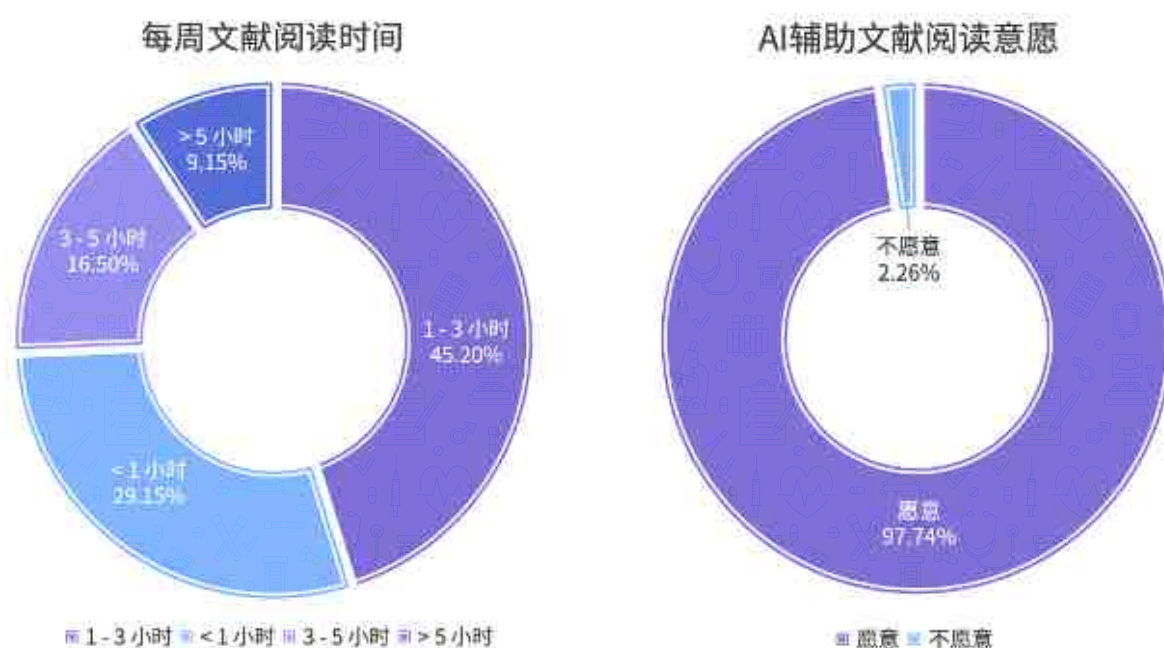
这正是harness engineering这类理念对医疗AI的启发所在:高价值AI应用的关键,不是让模型显得更像专家,而是让整个系统在工具调用、证据引用、流程控制和结果可追溯上更接近专业环境的要求。

因此,“临床决策支持”断层领先,不只是说明需求最大,也意味着未来市场对专业医学AI的考核标准将越来越严格。谁真正能把“支持”做成可信的支持,谁才有可能形成长期壁垒。



4.5 文献研读:共识最强、阻力最小、最适合率先规模化落地的应用场景

数据显示,在繁重的临床压力下,74.4%的受访者每周可用于文献阅读的时间不足3小时;正因如此,高达97.7%的医务人员希望借助AI提升文献研读效率。这个结果几乎可以被视为全章中“共识最强”的信号:在众多医疗AI应用方向中,帮助医生快速读懂文献、提炼重点、节省阅读时间,已经成为最迫切、也最具普遍性的刚需。



这一场景之所以格外重要,是因为它同时具备三个特点。

第一,它几乎适用于所有临床专业,不依赖特定科室。无论是肿瘤、神内、妇儿、外科还是全科,文献阅读都是共同需要,但也都是最容易被现实工作挤压的部分。

第二,它具有极高的现实收益。医生并不是不想读文献,而是没有足够整块时间去完成高质量阅读。因此,只要AI能把摘要提炼、要点标注、研究设计识别、局限提示、临床意义概括等步骤做得足够顺畅,立刻就能释放价值。

第三,它相对更容易形成低风险落地。与直接进入治疗建议或诊断判断相比,文献研读属于“决策前知识准备”环节,责任边界更清晰,医生也更容易接受AI先参与其中。这意味着它很可



能成为专业医学AI最适合率先规模化渗透的场景之一。

从行业发展的角度看,这一点非常重要。很多AI产品失败,并不是因为价值不存在,而是因为一开始就过于靠近高风险核心环节,导致用户信任门槛过高。相比之下,文献研读场景兼具高频、刚需、可量化收益和相对较低的采用阻力,天然更适合作为专业医学AI建立日常使用习惯的突破口。

因此,可以说,文献研读并不只是一个“应用场景”,而很可能是未来专业医学AI建立长期用户粘性的关键入口。医生一旦习惯让AI参与文献速读、结构提炼和证据摘要,下一步才更可能逐渐把AI带入治疗方案、鉴别诊断与病例分析等更复杂环节。

4.6 对整体需求图谱的综合分析:医疗AI的真正机会,在于压缩“从信息到判断”的中间链条

如果将本章所有数据综合起来看,可以发现一个非常鲜明的主线:医务人员当前对AI的期待,核心并不是让AI直接替他们做决定,而是让AI帮助压缩“从信息获取到形成判断”之间那条最耗时、最耗脑、最容易失速的中间链条。

这条链条包括什么?包括检索、筛选、阅读、总结、比对、提炼、归纳、定位指南差异、识别最新证据、形成初步方案框架。过去,这些工作主要依靠医生个人花时间一点点完成;而现在,AI被寄予厚望,正是因为它有机会把这条链条显著缩短。

这意味着,未来医疗AI最重要的产品方向,不是做一个“什么都能聊”的智能体,而是做一个能在不同痛点场景下稳定承担知识处理中间环节的系统。谁能把“时间节省”真正转化为“判断支持”,谁就更可能占据市场中心。

从更宏观的AI发展趋势看,领先组织越来越重视让AI融入工作网络,而不是停留在聊天层面;真正的价值来自任务流重构,而不是模型本身的炫技。

医疗行业的需求图谱,与这一趋势高度一致。它正在把AI推向一个更严肃、更专业、也更有壁垒的方向:让AI成为循证决策前的“知识处理基础设施”。

4.7 对临床医务人员的启示:先找到自己的主痛点,再选择真正适配的AI能力

对临床医务人员来说,本章最重要的启示并不是“大家都需要AI”,而是:不同痛点对应不同类型的AI价值,先识别自己的主要卡点,才能更有效地选工具。

如果你的主要困扰是指南版本混乱、推荐口径不一,那么应优先评估是否有具备多源指南整合、差异提示和证据梳理能力的专业工具;如果你最大的压力是检索耗时、信息太散,那么更需要的是能够快速做信息压缩、证据提炼与要点整理的AI;如果你长期受限于英文文献、时间碎片化严重,那么文献研读辅助、摘要提炼和临床意义总结类能力,往往最容易立刻产生收益。

从实际落地角度看,AI的使用并不一定要从最高风险场景开始。对很多医生而言,先从文献速读、指南归纳、患者教育、病例汇报提纲、科研资料整理等环节建立使用习惯,往往是更现实也更稳妥的路径。等信任逐步建立之后,再逐步延伸到治疗方案比较、鉴别诊断支持等更复杂环节,通常更符合真实工作流。





第五章

信任格局与国产AI评价

- 5.1 国产临床AI满意度:已跨过“不能用”的门槛,但距离“深度适配临床”仍有明显距离
- 5.2 国产AI待加强的核心能力:医生真正期待的,不是“更聪明”,而是“更懂中国临床现场”
- 5.3 二次核实习惯与付费意愿:最谨慎的用户,往往最能识别AI的真实价值
- 5.4 使用AI的深层担忧:医生真正害怕的不是“自己退步”,而是“出了问题没人兜底”
- 5.5 对整体信任格局的综合分析:医疗AI的核心矛盾不是“医生信不信AI”,而是“医生能否在可控边界内放心使用AI”
- 5.6 对药企及行业合作伙伴的启示:短板所在,恰恰可能是共建机会所在
- 5.7 对国产医疗AI发展的判断:下一阶段不是“继续教育用户”,而是“补齐临床信任链条”
- 5.8 小结:医疗AI的信任,不来自“神化AI”,而来自“让医生有把握地使用AI”

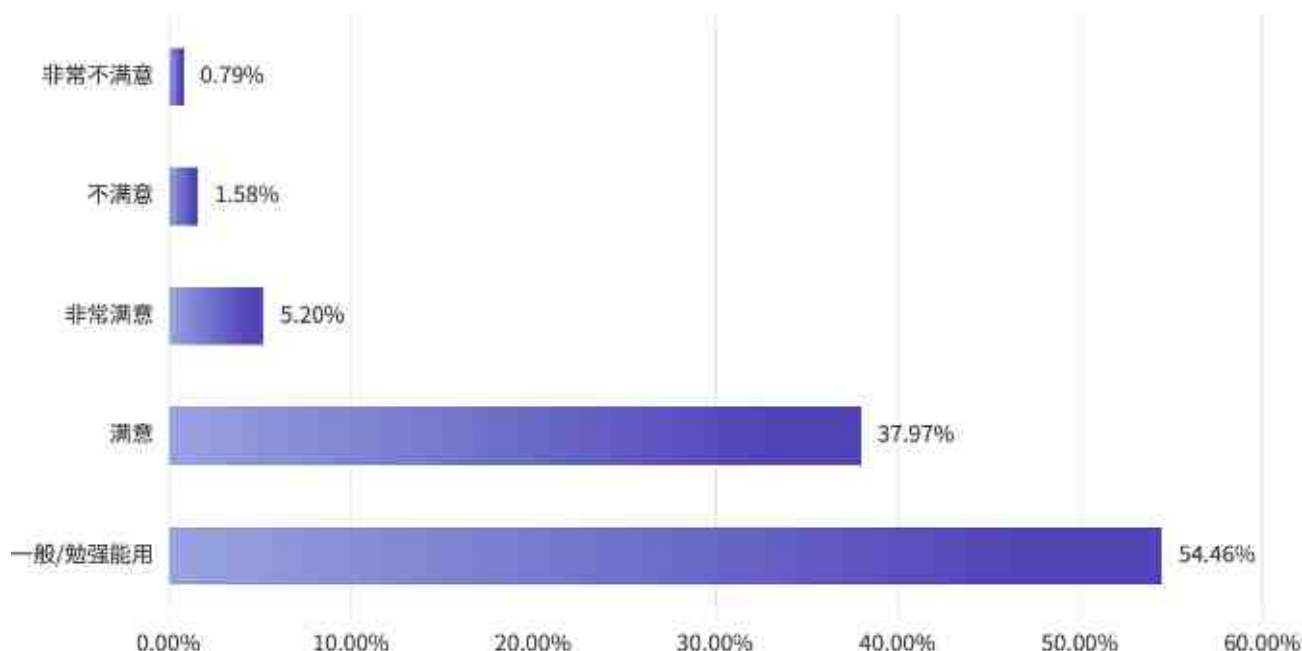




5.1 国产临床AI满意度:已跨过“不能用”的门槛,但距离“深度适配临床”仍有明显距离

从总体评价看,半数受访者(54.5%)认为国产临床AI“表现一般/勉强能用”,满意及以上比例为43.2%。这个结果非常具有代表性,因为它说明国产AI在医疗场景中已经不再停留于“完全不可用”的阶段,医务人员也并非普遍否定其价值;但与此同时,它距离真正成为临床工作中“可放心依赖、可持续调用”的工具,仍存在明显差距。

国产临床AI满意度



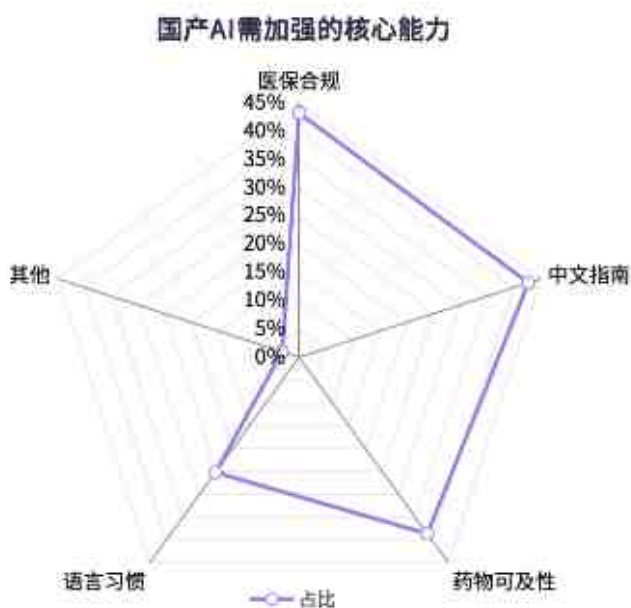
换句话说,当前国产医疗AI所处的位置,更像是一个“已进入实用门槛,但尚未完成深度临床适配”的中间阶段。医务人员对它的态度不是拒绝,而是带着保留的接受;不是完全信任,而是在边用边审视。这个阶段其实非常关键,因为它意味着行业竞争的重心将不再只是“让医生试一次”,而是“让医生在重要场景里愿意反复用”。

这类“中间评价”背后,往往不是简单的模型能力不足,而是临床环境对工具提出的要求本来就更高。在普通消费场景中,AI只要“基本好用”就可能获得大量用户;但在医疗场景中,“勉强能用”和“真正可信”之间的距离非常大。因为医生面对的不只是效率问题,还涉及责任、规范、药品可得性、医保支付、指南依据和患者结果。也正因如此,医疗AI的下一阶段竞争,不会只是比谁回答更流畅,而是比谁更贴近中国医院里的真实临床环境。

因此, 43.2%的满意及以上比例是一个积极信号, 说明国产AI已建立初步价值; 而54.5%的“一般/勉强能用”则是一个更重要的提醒: 行业真正的增长空间, 不在于继续证明AI有用, 而在于解决“最后一公里临床适配”。

5.2 国产AI待加强的核心能力: 医生真正期待的, 不是“更聪明”, 而是“更懂中国临床现场”

受访者明确指出, 目前国产AI最亟待提升的四大能力依次为: 契合国内医保报销政策 (74.2%)、精准检索中文权威指南 (73.3%)、结合国内药物实际供应情况 (66.3%) 以及符合中国医务人员的专业表达习惯 (43.2%)。这四项诉求高度集中, 反映出是一个非常清晰的共识: 医务人员期待的不是抽象意义上的“更强AI”, 而是一个真正理解中国医院运行逻辑、中国诊疗路径和中国医疗约束条件的AI。



这一点非常重要。因为过去对AI能力的讨论, 很多都集中在模型参数、推理表现、语言流畅度等通用维度上; 但进入医疗行业之后, 决定工具是否真正可用的往往不是这些“普适能力”, 而是它是否理解场景中的本地约束。医生需要的不是一个理论上能回答疾病知识的系统, 而是一个知道“这类患者在中国当前医保下能否报销、这个药现实中能否买到、国内权威指南如何表述、院内沟通应采用什么语言风格”的系统。

从这个角度看, 本次调研其实清楚揭示了国产医疗AI下一阶段最关键的提升方向:

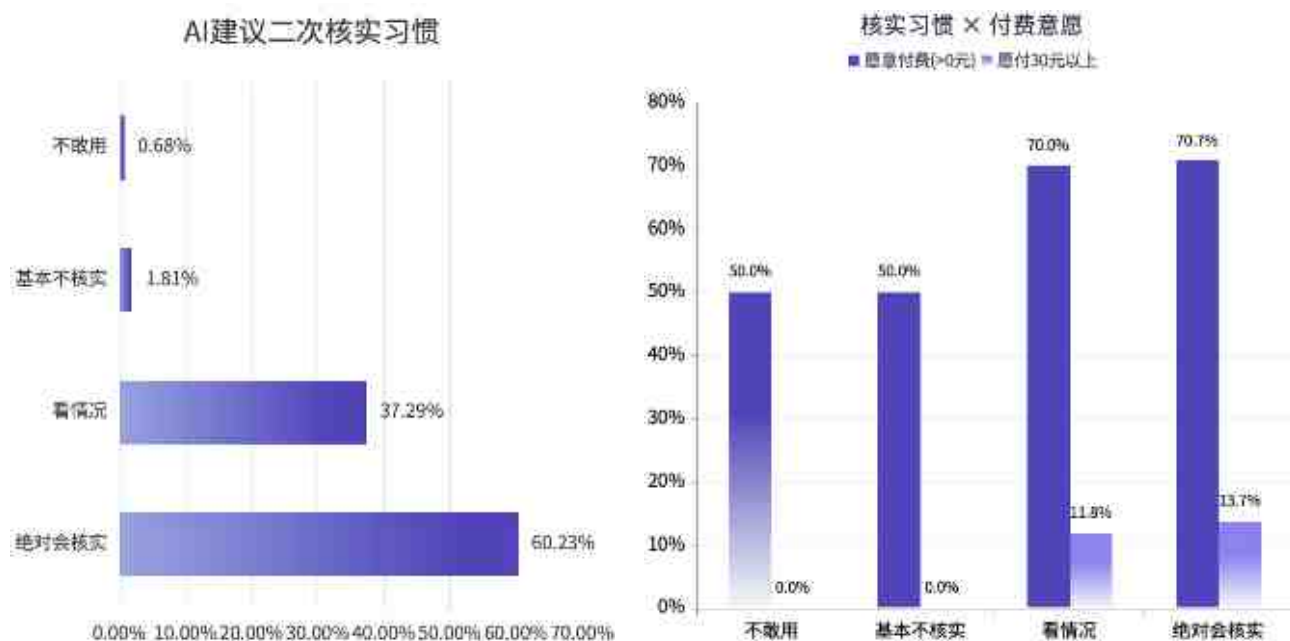
- 第一, 不只是“懂医学”, 而要“懂中国医疗制度”;
- 第二, 不只是“会检索”, 而要“能命中中文权威来源”;
- 第三, 不只是“给方案”, 而要“理解药品供应与路径可行性”;

第四,不只是“会说中文”,而要“说得像中国医生之间会接受的专业表达”。这意味着,医疗AI的本土化并不是简单地把界面翻译成中文,而是要围绕中国临床语境建立一整套知识、规则、表达和路径适配能力。真正的本土化壁垒,不在语言层,而在“制度—知识—药物—沟通”四个层面是否同时贴合。

这也与当前AI系统工程的发展趋势高度一致。越来越多实践表明,生产级AI系统的价值不只是模型本身,而在于围绕模型构建的外部知识、工具调用、规则约束和反馈体系。医疗行业尤其如此。医生之所以强调医保、指南、供药和表达,不是因为他们对AI不够宽容,而是因为他们真正评估的是:这个AI能不能进入我今天的临床现实,而不只是停留在抽象知识层面。

5.3 二次核实习惯与付费意愿:最谨慎的用户,往往最能识别AI的真实价值

根据本次调研,97.5%的医务人员在使用AI后会进行不同程度的二次核实。其中,“绝对会核实”的医务人员反而展现出更高的付费意愿,愿意支付30元以上的比例达到13.7%。这一结果非常值得深究,因为它打破了一个常见误解:很多人以为“越怀疑AI的人,越不愿意为AI付费”,但真实情况恰恰可能相反。





在医疗场景中,愿意核实并不等于不认可,反而常常意味着更懂得如何使用AI。那些“绝对会核实”的医务人员,通常并不是把AI当成最终答案,而是把它当成一个能显著减少前期工作量、缩短证据整理时间、帮助形成初步框架的辅助系统。正因为他们更清楚AI的边界,也更擅长把AI放在适当的位置上,所以反而更容易感受到其稳定的效率收益。

这说明医疗AI的价值,并不是建立在“让用户盲信”之上,而是建立在“让专业用户能放心地边验证边使用”之上。对医务人员来说,一个真正有价值的AI,并不要求它从不出错,而是要求它能显著降低工作量,同时让用户容易发现、复核和修正潜在问题。也就是说,信任并不等于放弃核实,真正成熟的信任是一种“可验证的信任”。

这一发现对商业化也有重要启示。很多AI产品错误地把“减少质疑”当成信任建设目标,但在医疗行业,更现实的目标应当是“降低验证成本”。如果一个工具虽然需要核实,但能把原本一小时的工作压缩为十分钟,而且来源清楚、逻辑可追、核查方便,那么医生不仅愿意使用,反而更可能愿意付费。因为他们购买的并不是“绝对正确”,而是“更高效且更可控的专业辅助”。

因此,本次数据实际上说明:审慎用户并不是商业化障碍,而往往是最优质的核心用户。他们更懂边界,也更懂价值,一旦被打动,往往能形成更稳定的长期留存。

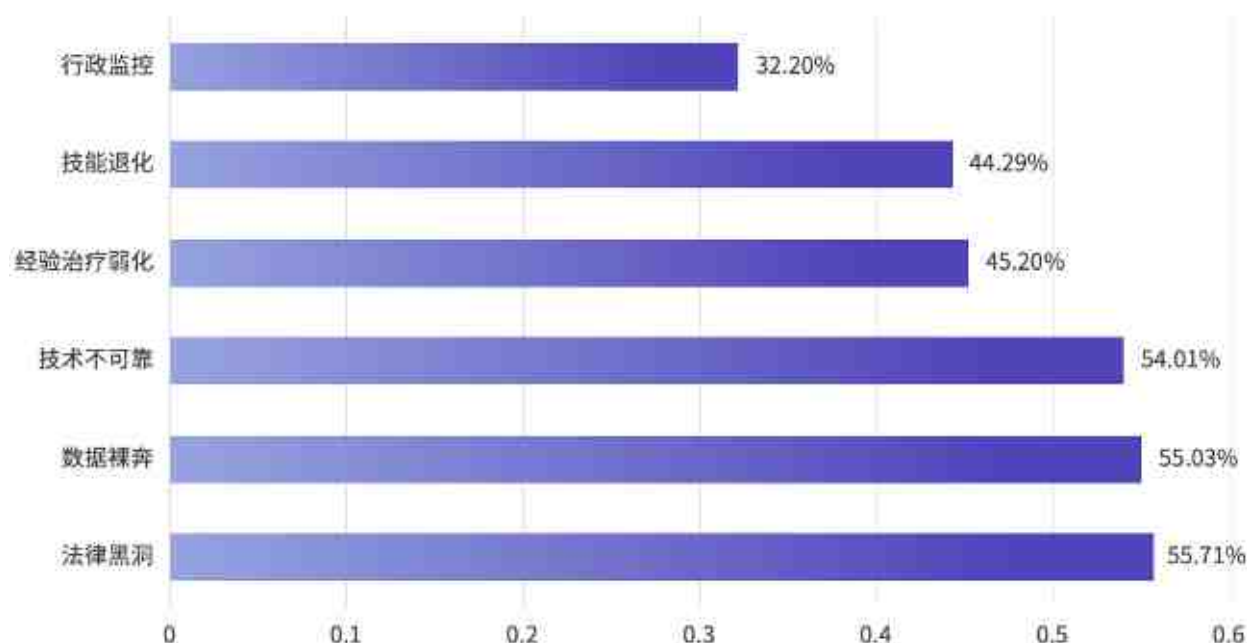
5.4 使用AI的深层担忧:医生真正害怕的不是“自己退步”,而是“出了问题没人兜底”

在AI深度应用过程中,受访者表现出明显的防御性心态。数据显示,超过半数的医务人员最担忧的三大风险依次是:“医疗出错该由谁担责”(法律责任归属不明,55.7%)、“病历上传等是否违规”(数据隐私安全,55.0%)以及“AI建议到底敢不敢用”(技术可靠性不足,54.0%)。这三项核心隐忧都超过50%,构成了当前阻碍医务人员放开手脚使用AI的最大心理门槛。

这一结果非常关键,因为它说明当前医疗AI面临的最大阻力,并不是医务人员担心“自己会不会被AI替代”或者“技能会不会退化”,而是更现实、更专业、也更制度化的顾虑:一旦AI参与到临床工作里,出事了谁负责?数据怎么管?建议到底能不能落地?



AI深度应用的六大担忧



这反映出医疗行业与普通消费行业的根本差异。在普通场景中, AI回答错了, 代价可能只是体验不好; 但在医疗场景中, AI建议一旦被错误理解、过度依赖或超边界使用, 可能直接影响诊疗安全。因此, 医生天然会把信任问题外化为责任问题。只要责任、合规、可靠性三者没有被明确处理好, 再有能力的AI, 也难以真正进入高风险临床环节。

这也解释了为什么很多医生会“愿意试、常使用、但不敢完全依赖”。不是他们看不到AI的价值, 而是他们必须在现实制度环境中保护自己的执业安全。对于他们来说, AI最需要解决的, 不只是“有没有帮助”, 而是“我用它是否会增加额外风险”。

因此, 未来医疗AI要真正突破深层信任门槛, 必须同时在三个层面发力:

- 一是法律与责任边界更清晰, 让医生知道AI是辅助还是建议, 其责任定位是什么;
- 二是数据安全与访问合规更清晰, 让医生知道输入什么不越线、平台如何保护数据;
- 三是结果可靠性表达更清晰, 包括证据来源、适用边界、不确定性提示和人工复核建议。

从行业演进角度看, 这意味着医疗AI的信任建设, 本质上不是一个“品牌形象”问题, 而是一个“治理结构”问题。谁能把责任、合规与可靠性讲清楚、做出来、嵌进产品, 谁才更有机会获得临床深度采纳。



5.5 对整体信任格局的综合分析:医疗AI的核心矛盾不是“医生信不信AI”,而是“医生能否在可控边界内放心使用AI”

如果把满意度、本土化诉求、二次核实习惯和深层担忧放在一起看,可以发现当前医疗AI的信任格局具有一个非常鲜明的特征:医务人员并不拒绝AI,也并非不理解AI的价值,但他们希望AI必须在一个清晰、可控、可复核的边界内被使用。

这意味着,医疗AI的信任机制与大众消费AI非常不同。它不是通过“让用户觉得很聪明”来建立,而是通过以下几个方面逐步累积:

是否符合本地制度环境;

是否贴近真实临床路径;

是否容易进行二次核实;

是否在出问题时有明确边界;

是否不会把用户暴露在额外执业风险之中。换句话说,当前行业面临的不是一个“技术信任”单点问题,而是一个“系统信任”问题。医生真正评估的不是这个模型会不会说,而是这个系统能否安全、专业、可追溯地参与自己的工作。这也是为什么满意度不低于“能用”,却仍然有大量“勉强能用”的评价:问题不一定在能力底线,而在能力如何被嵌入临床现实。

因此,未来国产医疗AI真正的竞争焦点,不只是进一步提升问答效果,而是能否建立一整套让医生“放心用”的信任基础设施。谁能做到“更贴合中国场景 + 更方便核实 + 更明确边界 + 更低合规焦虑”,谁就更可能从“工具可用”走向“临床可信”。

5.6 对药企及行业合作伙伴的启示:短板所在,恰恰可能是共建机会所在

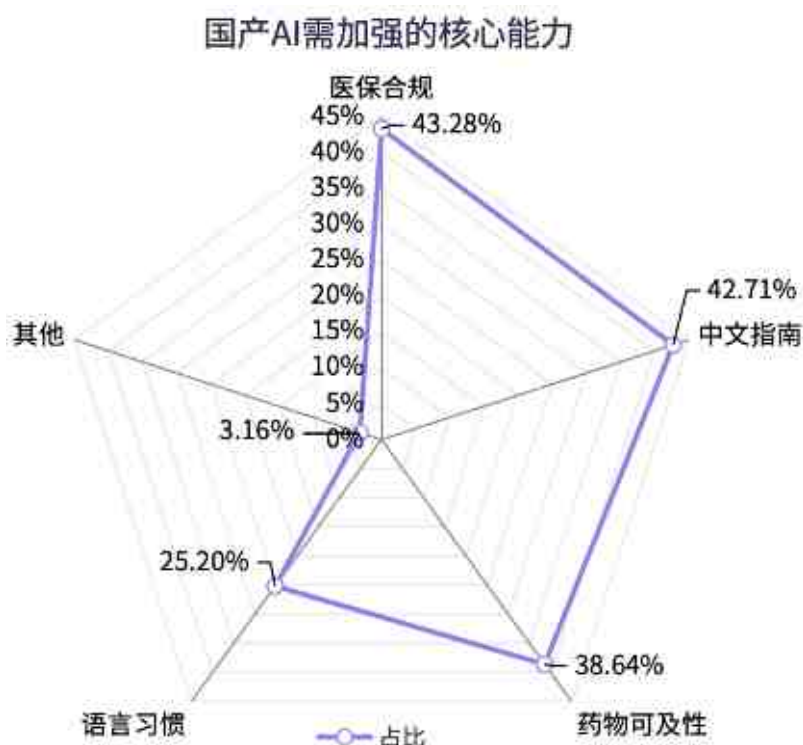
对药企及行业合作伙伴而言,本章数据提供了一个很重要的合作方向。国产AI当前最突出的短

对药企及行业合作伙伴而言，本章数据提供了一个很重要的合作方向。国产AI当前最突出的短板——医保合规适配(74.2%)、中文指南整合(73.3%)、结合国内药物供应实际(66.3%)——恰恰集中在具有强专业内容属性、强本地知识属性和强路径适配属性的领域。而这些领域，往往正是药企、学术平台、专业学会和内容机构能够发挥价值的地方。

这意味着，产业合作不应只停留在传统意义上的广告投放或品牌露出，而可以进一步走向更高价值的“学术赋能型共建”。例如，在治疗方案选择、用药路径梳理、药物可及性提示、指南依据补充、安全用药审查等环节，合作伙伴如果能够提供高质量、规范化、持续更新的学术内容支持，就有机会参与构建医生真正需要的专业能力层。

当然，这类合作的前提是边界必须清晰。任何外部内容进入医疗AI系统，都必须坚持学术真实性、证据透明性与商业表达克制，避免让医生感觉内容被过度营销化。医疗AI最大的价值在于建立信任，因此任何行业合作若损害了这种信任，短期流量可能上升，长期价值反而会受损。

从更积极的角度看，当前医务人员对“更懂中国临床现实”的强烈期待，实际上为药企及行业伙伴提供了一个切入窗口：谁能帮助AI更准确地连接中国指南、中国支付体系、中国药物可及性和中国临床表达，谁就更可能在下一阶段信任建设中占据先机。





5.7 对国产医疗AI发展的判断:下一阶段不是“继续教育用户”,而是“补齐临床信任链条”

综合来看,本章数据说明,国产医疗AI的发展已经进入一个新的关键阶段。用户不再主要问“要不要用”,而是在问:“这个AI到底懂不懂中国临床现实?我能不能核实?用了会不会给我带来风险?它能不能真正嵌入我的工作方式?”

因此,下一阶段最重要的任务,不是继续做泛泛的市场教育,而是补齐临床信任链条。这条链条至少包括:

- 1.本土化知识适配
- 2.证据与指南的权威命中
- 3.医保与供药的现实结合
- 4.专业表达方式的贴合
- 5.便于核实的交互设计

以及明确的责任与合规边界。谁能把这条链条补齐,谁就更有可能把当前“勉强能用”的评价,真正转化为“愿意长期依赖”的使用关系。

5.8 小结:医疗AI的信任,不来自“神化AI”,而来自“让医生有把握地使用AI”

综合本章可以看到,当前中国医务人员对国产AI的态度并不悲观,但也绝不轻信。他们已经认可AI的现实价值,却仍然对本土适配、可核实性、责任边界和合规风险保持高度敏感。这不是技术采用的障碍,而恰恰是医疗行业成熟专业性的体现。

因此,医疗AI未来真正需要建立的,不是“无条件信任”,而是“有边界、有依据、有复核空间的专业信任”。医生真正愿意接受的AI,不是一个永远显得自信的系统,而是一个懂中国临床、方便核实、清楚边界、能降低而不是增加执业风险的系统。



第六章

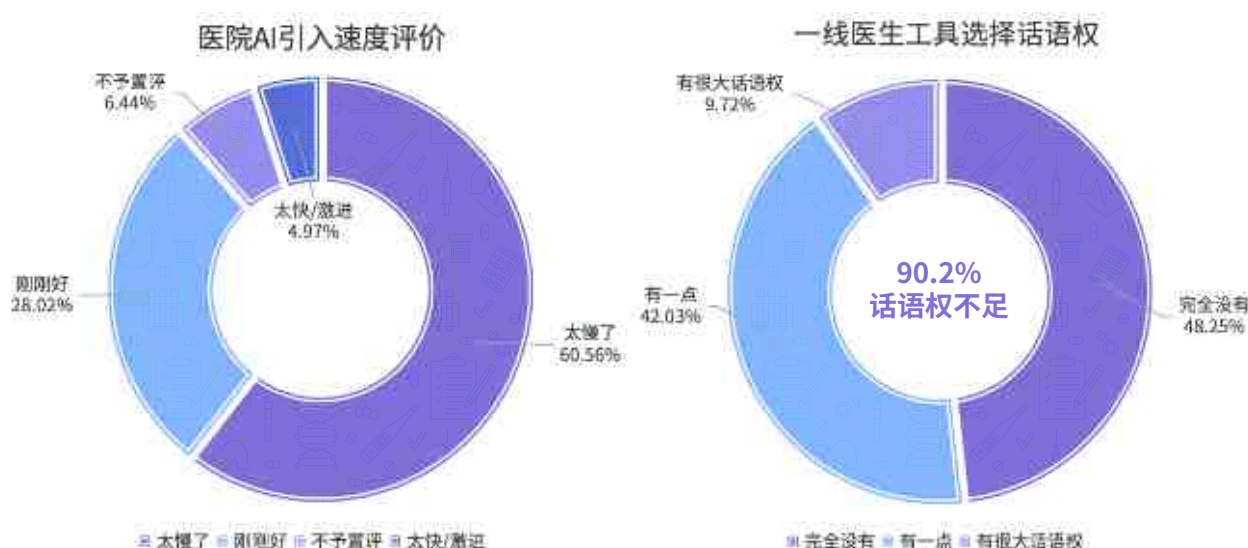
组织变革与赋能诉求

- 6.1 医院AI引入速度与话语权:一线需求已经形成,但组织响应仍明显滞后
- 6.2 不同机构的话语权分布:组织灵活度越高,一线越可能真正参与工具选择
- 6.3 自主权与职业满意度:AI时代,工具选择权正在成为新的职业体验变量
- 6.4 AI工具需求与付费意愿:组织供给与个人支付将长期并存,但“低门槛专业化”是现阶段最现实的路径
- 6.5 对整体组织变革趋势的综合分析:医院正在从“是否引入AI”走向“如何治理AI、如何赋能一线”
- 6.6 对医疗机构管理者的启示:AI治理的关键,不只是“买什么”,而是“让谁参与决定买什么”
- 6.7 对行业与产品方的启示:真正的机会,在于成为“组织可采纳的一线生产力工具”
- 6.8 小结:医疗AI的下一步,不只是技术扩散,而是组织授权与制度接纳



6.1 医院AI引入速度与话语权：一线需求已经形成，但组织响应仍明显滞后

调研显示，超过六成受访者（60.6%）认为所在医院引入AI速度偏慢；与此同时，90.2%的一线医务人员表示，在AI工具选择上缺乏足够的话语权。这个结果非常关键，因为它说明当前医疗AI在医院场景中的核心矛盾，已经不再是“医生想不想用”，而是“组织是否跟得上、是否让真正使用的人参与决策”。



这意味着，一线医务人员与医院管理体系之间，已经出现了明显的节奏差：临床一线对AI工具的需求正在迅速升温，甚至已经形成较为稳定的使用习惯和明确的场景期待；但机构侧在评估、引入、合规审查、预算配置和使用规范方面，仍普遍处于相对保守或迟缓的状态。于是，医生的主观需求与组织的供给能力之间，形成了一个越来越清晰的落差。

这种落差会带来两个直接后果。第一，医生会把AI更多地放在院外、个人设备和碎片化场景中使用，而不是纳入正式工作流。第二，医院原本可以通过统一评估、规范引入和可控部署实现的组织收益，反而会因为响应过慢而外溢成“个体自发使用”的灰色地带。也就是说，组织引入慢，不会让需求消失，只会让需求以更难管理的方式存在。

因此，这一部分数据传递出的并不是简单的抱怨，而是一个清晰的组织信号：医疗AI已经不再只是技术趋势，而正在成为一线医务人员对工作支持体系提出的新要求。医院如果继续把AI视为可有可无的外围工具，就可能错过一轮真实的工作流重构机会。

6.2 不同机构的话语权分布:组织灵活度越高,一线越可能真正参与工具选择

从不同机构类型看,私立医院的医务人员拥有相对更大的工具选择话语权,其中16.2%表示“有很大话语权”;相比之下,公立三级(非三甲)医院的话语权缺失最为严重,58.4%表示“完全没有”。这一差异并不仅仅反映机构文化不同,更反映了不同类型医疗机构在决策机制、组织灵活性和创新接受度上的显著差别。



私立医院之所以在工具选择上更容易给一线医务人员留出空间,通常与其组织链条更短、采购和试点机制更灵活、对效率工具的价值感知更直接有关。在这种环境下,临床一线的真实反馈更容易进入决策层,医生对工具的使用体验和改进建议也更有机会被快速采纳。因此,私立医院并不一定拥有更强的技术能力,但往往具备更快把需求转化为行动的组织优势。

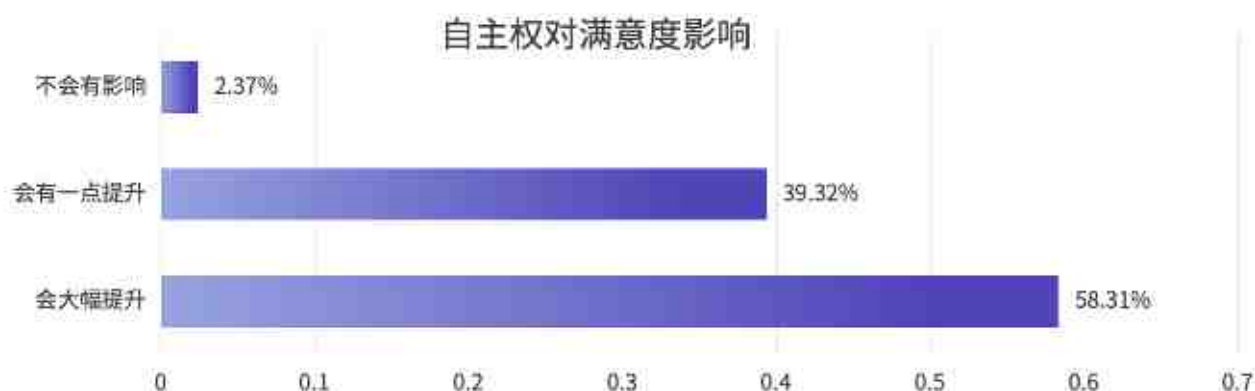
而在公立三级(非三甲)医院中,一线医务人员的话语权缺失尤为明显,这背后往往是多种因素叠加的结果:既包括预算和采购权限高度集中,也包括对新技术的评估机制不足、IT治理流程复杂、临床一线与管理层沟通路径不畅等。结果就是,真正最频繁使用工具的人,反而最难参与工具的选择与优化。

从组织变革角度看,这种情况值得高度关注。因为AI工具不同于传统静态设备或通用软件,它高度依赖场景贴合度、使用反馈和持续迭代。如果缺少一线参与,医院即便采购了AI,也很可能出现“买了但不好用”“接入了但没人用”“技术在线却没有工作流位置”的问题。换句话说,AI工具的有效引入,不只是采购问题,更是组织协同问题。

因此,话语权差异的本质,不仅是感受差异,更直接影响AI是否能真正落地。谁能让一线医生更早参与评估和遴选,谁就更有可能提高AI工具的实际使用率与组织投资回报。

6.3 自主权与职业满意度:AI时代, 工具选择权正在成为新的职业体验变量

调研显示,97.6%的受访者认为“工具选择自主权”会提升职业满意度,其中近六成认为将“大幅提升”。这一结果非常值得重视,因为它揭示了AI在医疗机构中的一个经常被忽视的维度:AI不仅是效率工具,也正在逐渐成为影响职业体验与组织感受的重要因素。



传统上,医疗机构在工具配置上更多强调标准化和统一性,这在很多场景中是必要的。但AI工具与传统信息系统不同,它与个人工作方式、认知风格、专业习惯和具体任务类型高度相关。有人更偏好快速检索,有人更依赖结构化总结,有人更关注指南整合,有人更需要文献速读。也就是说,AI并不是一个完全可以“一刀切”配置的工具类别,而更像一种需要在统一治理框架下保留一定个体选择空间的新型生产力工具。

因此,当医务人员表达对“工具选择自主权”的强烈诉求时,他们真正要求的,并不一定是无限制地随意选择任何系统,而是希望在组织允许的安全边界内,对那些直接影响自己工作效率和知识处理方式的工具拥有更大参与度。对他们而言,这种参与本身就是一种尊重,也是一种专业判断被认可的体现。

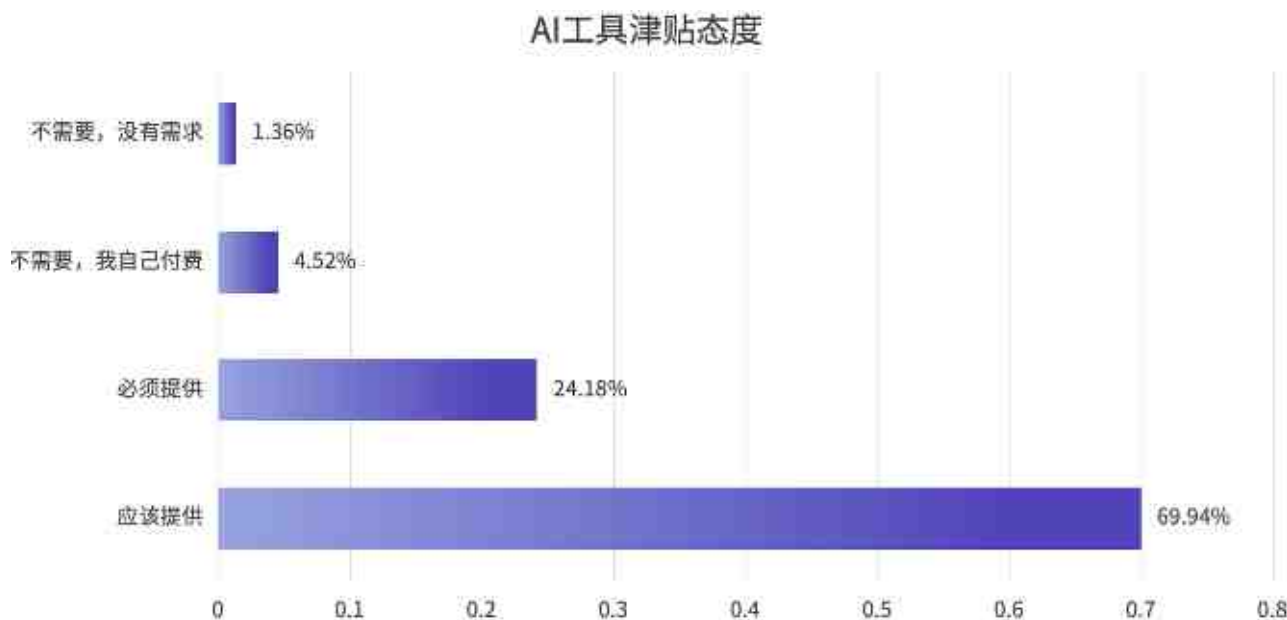
从更深层看,这也说明医疗AI正在改变医务人员与组织之间的关系结构。过去,很多工具是“医院决定、个人适应”;而AI可能会逐步推动一种新的模式:医院负责治理和合规,一线负责场景反馈和实用性验证。在这种模式下,自主权不再是管理松散的表现,而可能成为提高满意度、提高使用率、降低抵触情绪的重要机制。

因此,这一数据实际上在提醒管理者:未来医疗机构对AI的投入,不应只看作技术采购,更应看作组织赋能的一部分。一个让医生感觉“自己能参与选择、自己的使用体验会被重视”的AI环境,本身就可能成为改善职业体验的重要抓手。



6.4 AI工具需求与付费意愿:组织供给与个人支付将长期并存,但“低门槛专业化”是现阶段最现实的路径

调研显示,94.1%的受访者认为医院应该或必须为医务人员提供AI工具使用津贴或购买专业账号;与此同时,DTC(直接面向医务人员)的医疗专业AI获得98.1%的压倒性意愿支持,其中近七成愿意为此付费,但绝大多数(57.5%)的价格承受力集中在30元/月以下。这个结果说明,当前医务人员对AI工具的支付态度呈现出一个非常清晰的双重结构:他们既期待机构支持,也愿意在合理价格范围内进行个人支付。



这不是矛盾,而是一种非常现实的市场状态。对于医务人员来说,AI工具已经逐渐接近“准工作必需品”,因此他们天然希望医院能够像提供数据库、专业软件或继续教育资源一样,对AI工具给予一定支持。但与此同时,在医院尚未全面提供的情况下,他们也愿意通过个人订阅的方式先获得工具能力,只是这一支付意愿明显受价格敏感性约束。

这意味着,当前医疗AI最现实的商业路径,并不是单纯依赖高价B端采购,也不是完全押注高客单价C端订阅,而更可能是“机构支持 + 个人补充”并行的混合模式。一方面,医院提供基础级或合规级工具保障,满足普遍性需求;另一方面,个人用户可根据专业方向和工作深度选择额外的专业能力包、专属账号或更高级服务。这样的结构既符合医疗机构的采购逻辑,也更贴合医务人员对价格的现实承受力。



从数据上看，“近七成愿意付费”已经说明专业医学AI具备商业化基础；而“多数可承受价格集中于30元/月以下”则明确指出，现阶段的关键不是把单个用户价值做高，而是把进入门槛做低、把留存价值做深。谁能做到低摩擦、低价格、强专业性和高频使用并存，谁就更可能在现阶段获得更广泛的用户基础。

同时，你提到的一个重要现象也值得点出：尽管DeepSeek等通用模型知晓度很高，其使用率却在下降，这反映出医务人员的需求正在从“通用大模型尝鲜”向“专业医学AI”迁移。这里最关键的不是某一个具体工具的热度变化，而是背后的需求逻辑变化：医生越来越不满足于“什么都能答一点”的模型，而开始寻找更贴近临床、循证和本土工作流的工具。这说明市场已进入从“有AI就行”向“AI必须专业化”的阶段。

6.5 对整体组织变革趋势的综合分析：医院正在从“是否引入AI”走向“如何治理AI、如何赋能一线”

如果把引入速度、话语权、自主权、机构支持和个人付费意愿放在一起看，可以发现当前医疗机构面对AI时，实际上正进入一个全新的治理阶段。过去的核心问题是“医院要不要接触AI”；而现在更现实的问题是：医院如何在合规、安全、成本可控的前提下，把AI真正变成一线可用、愿用、好用的能力。

如果有医疗专业的AI，直接面向医生（不是医院）
你愿意使用吗？



这一阶段的组织挑战，比单纯采购一套软件复杂得多。因为AI不是静态工具，它会持续迭代、不断变化，并且对使用场景高度敏感。因此，传统那种“信息部门统一采购—全院被动使用”的路径，未必适合AI时代。更合理的做法，可能是建立一个更灵活的治理结构：由医院负责底层规范、风险控制、权限边界和合规评估，由一线医务人员提供场景反馈、工具试用与价值验证。

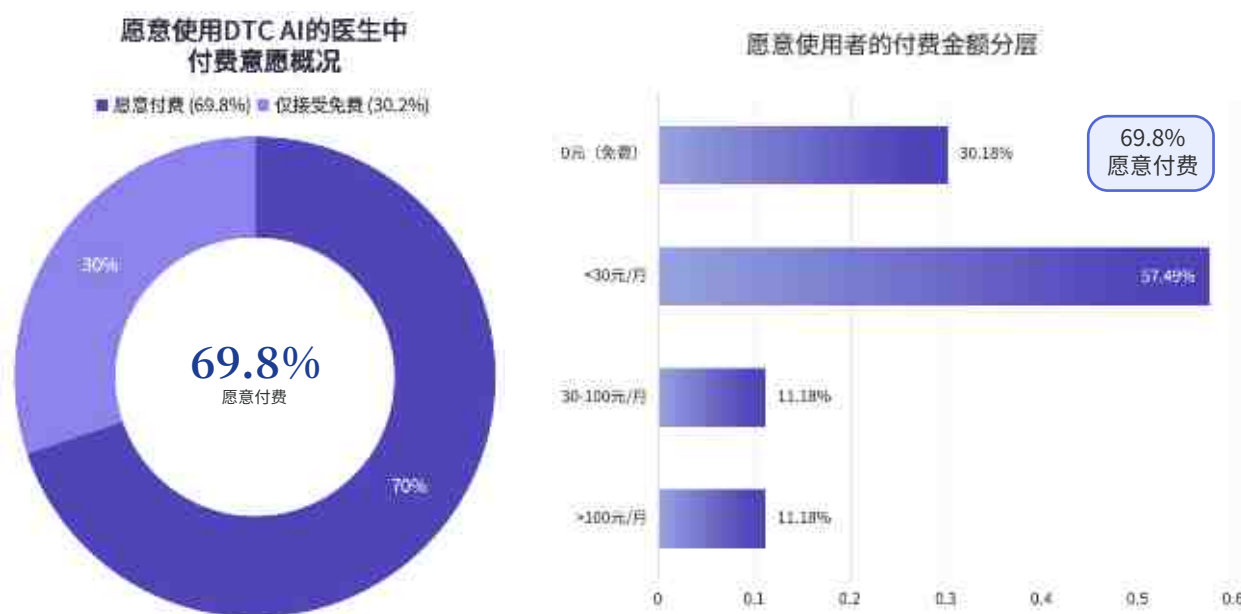


换句话说,医疗机构的AI变革,不会只是技术升级,而会涉及一场治理模式的微调:从单向配置转向双向共建,从“买工具”转向“建能力”,从“统一部署”转向“统一框架下的场景适配”。谁能更早理解这一点,谁就更有机会把AI从一个试点项目,真正发展为组织能力。

因此,本章的核心信息其实很清楚:一线已经准备好了,需求也已经很明确,接下来决定成败的,不再是医生愿不愿意,而是医院是否愿意调整自身的引入与决策机制。

6.6 对医疗机构管理者的启示:AI治理的关键,不只是“买什么”,而是“让谁参与决定买什么”

对医疗机构管理者而言,本章数据发出的信号非常直接:当前一线医务人员正在强烈呼吁更快引入合规AI工具,也在要求获得更多工具选择的参与权。如果管理层仍然把AI视为一个仅由信息部门或行政系统单独决定的采购议题,就很可能错失真正理解一线需求的机会。



因此,建立更具参与性的AI治理机制,已经成为比单纯引入某一工具更重要的事情。比如,医院可以考虑建立“AI工具评估委员会”或类似机制,将临床一线、医务处、信息部门、药学部门、护理部门、法务/合规部门共同纳入评估流程。这样做的价值,不仅在于提高选型准确性,更在于把AI引入这件事从“管理动作”转化为“组织共识”。



同时,医院也可以考虑采用分层策略:

对全院提供基础可用、合规受控的AI能力;

对重点科室提供更贴合专业场景的专项工具;

对高频使用人群提供试点账号、培训与反馈通道;

在预算允许的情况下,通过津贴、团体采购或专业账号配置,降低个人使用成本。这种做法的意义在于,它既回应了医生“工具要快点进来”的现实诉求,也能减少因院内供给缺失而导致的非授权工具使用风险。管理的重点,不是压制需求,而是把需求纳入可治理框架。

6.7 对行业与产品方的启示:真正的机会,在于成为“组织可采纳的一线生产力工具”

从行业和产品视角看,本章其实给出了一个非常清楚的机会窗口。医务人员已经展现出极强的专业AI需求,医院也面临越来越明显的引入压力,但当前双方之间仍存在机制和路径上的断层。这意味着,未来真正有机会做大的,不一定只是最强的模型,而是那些既能让一线愿意用、又能让医院放心引入的产品。

也就是说,产品方不能只讲“模型有多强”,而要越来越多地回答几个现实问题:

能否适配院内治理要求?

能否形成多角色共同评估的产品说明?

能否支持试点、反馈和迭代?

能否在低价格带下提供足够清晰的专业价值?

能否让医院感到是“可纳入体系”的,而不是“难以管理的外部工具”?谁能把这些问题解决好,谁就更可能在下一阶段从个人端工具成长为机构侧的能力基础设施。

6.8 小结:医疗AI的下一步,不只是技术扩散,而是组织授权与制度接纳

综合来看,本章揭示出一个非常清晰的现实:一线医务人员已经普遍感受到AI的价值,并希望医院更快引入、更合理支持、更开放参与;但当前组织层面的响应速度、决策机制和支持体系仍明显滞后。这说明医疗AI的下一阶段,已经不只是技术扩散问题,而是一个组织授权与制度接纳的问题。

未来,谁能率先建立“合规治理+一线参与+低门槛供给+持续反馈”的机制,谁就更有机会把AI从个人零散使用,推进到组织层面的真正赋能。对医院而言,这不仅关系到工具升级,更关系到未来医疗知识工作如何被重新组织。

AI 应用





第七章

商业验证： DeepEvidence与付费生态

- 7.1 DeepEvidence使用与满意度：专业医学AI已经完成初步验证，关键不再是“是否有人用”，而是“如何放大使用深度”
- 7.2 个人付费意愿：付费基础已经形成，但市场仍然是典型的“高意愿、低客单价”结构
- 7.3 使用频率与付费意愿：真正的商业转化，不是从“知道产品的人”里发生，而是从“离不开产品的人”里发生
- 7.4 商业信息展示接受度：医务人员并不排斥商业化，他们反对的是打断与失真
- 7.5 对DeepEvidence与付费生态的综合分析：商业路径已经显现，关键在于把“尝试意愿”转化为“高频依赖”
- 7.6 对行业参与者的综合启示：最现实的模式，是“低价入口 + 高频粘性 + 温和商业化 + 分层升级”
- 7.7 专业医学AI的商业化关键，不在“卖AI”，而在“成为医生愿意持续依赖的工作组件”





7.1 DeepEvidence使用与满意度:专业医学AI已经完成初步验证, 关键不再是“是否有人用”, 而是“如何放大使用深度”

本次调研以专业医学AI——梅斯 DeepEvidence 为例, 其在全体受访者中的渗透率达到26.7% (236/885), 而在已使用人群中, “满意+非常满意”的比例达到68.2%。与此同时, 在尚未使用的受访者中, 当产品价值主张被明确表述为“30秒内给出准确诊疗建议并附带原文”时, 有78.3%表示“非常愿意”尝试。

DeepEvidence 用户转化漏斗



这一组数据的意义非常强。首先, 它说明专业医学AI并不是停留在概念阶段, 而已经在真实医务人员群体中建立了明确的使用基础和较高的满意度。尤其是在医疗AI这样一个要求高、容错低、验证成本大的领域, 能够获得超过四分之一的整体渗透率以及接近七成的满意评价, 本身就说明产品已经跨过了“证明自己有用”的早期门槛。



其次,未使用者对明确价值主张的强烈响应,也揭示了一个关键事实:专业医学AI的市场阻力,未必主要来自价值缺失,而往往来自价值表达不够具体、场景入口不够直接、首次体验门槛不够低。

换句话说,很多医生不是天然拒绝专业医学AI,而是需要一个足够清晰、足够具体、足够贴近临床场景的理由,才会愿意迈出第一次尝试。“30秒内给出准确诊疗建议并附带原文”之所以能够显著提升尝试意愿,原因就在于它同时击中了医务人员最关心的三个点:

一是速度,意味着节省时间;

二是诊疗建议,意味着贴近高价值场景;

三是附带原文,意味着可以核实、可以追溯、可以放心使用。

这其实说明,专业医学AI的传播和增长,不能只讲“我们有AI”,而必须把价值压缩成医生一听就懂、立刻能联想到自己工作收益的表达。因此,从商业角度看,DeepEvidence这类专业医学AI已经完成了一个非常重要的阶段性验证:产品价值已经被一部分真实用户认可,剩下的问题不是“有没有需求”,而是如何用更低摩擦的方式,把潜在需求转化成更大规模的持续使用。

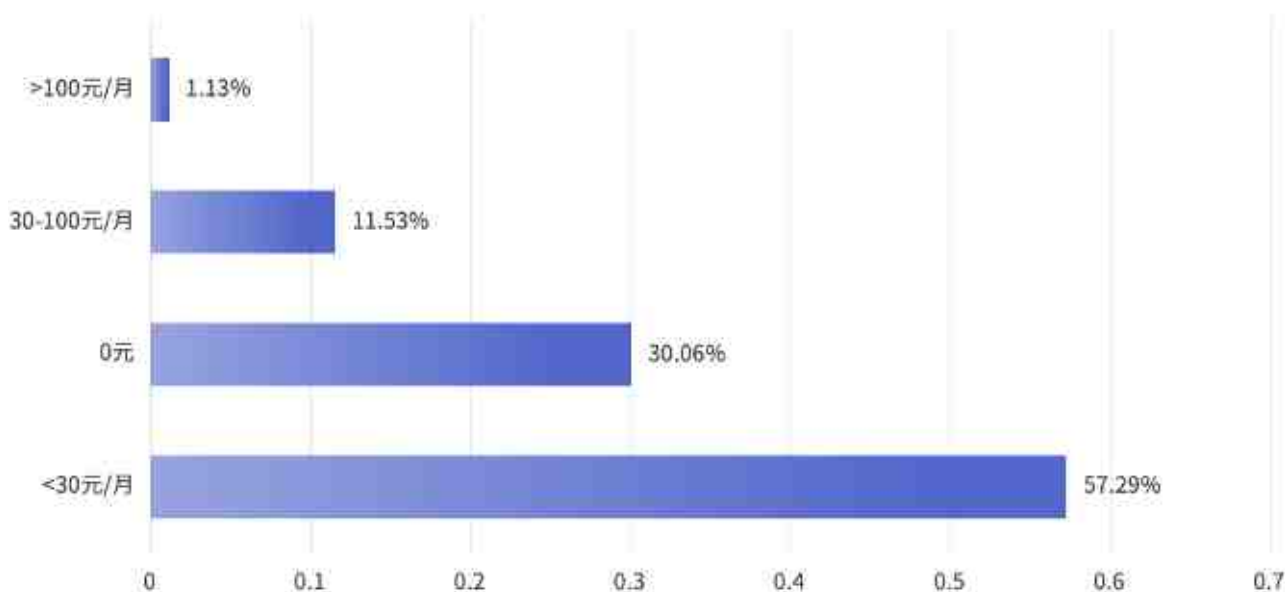
7.2 个人付费意愿:付费基础已经形成,但市场仍然是典型的“高意愿、低客单价”结构

本次调研显示,约70%的受访者愿意为AI工具支付一定费用,而月费30元以下构成最主要的心理价位区间(57.3%)。这一结果非常具有现实意义,因为它清晰地表明:医疗AI的个人付费市场已经存在,但当前阶段并不是高客单价市场,而是一个典型的低门槛、高频次、重留存市场。

这意味着,医务人员并不是不愿为专业工具付费,而是他们对价格的容忍度具有明显边界。造成这种结构的原因并不难理解。对大多数医生来说,AI工具已经开始接近“提高工作效率的准必需品”,他们确实愿意为能节省时间、改善工作体验的工具付费;但与此同时,这类工具仍然主要服务于知识处理和决策辅助,而非直接带来可量化收入,因此个人支付意愿天然更偏谨慎和理性。



DeepEvidence月付费意愿



从商业逻辑上看,这种市场并不适合一开始就追求高ARPU,而更适合先通过低价甚至免费策略快速建立渗透率,再通过专业能力分层、增值服务和高频使用逐步提升用户终身价值。也就是说,当前医疗AI最应该追求的,不是“少量高价用户”,而是“广泛进入、持续使用、逐步升级”。

同时,这一价格结构也说明一个重要问题:医务人员对AI的购买,本质上更像是一种“效率订阅”而不是“身份消费”。他们愿意付费的前提非常现实:这个工具是否经常用、是否真的节省时间、是否明显比免费替代方案更专业。谁能在这一点上建立稳定认知,谁就更容易把“有兴趣”转化为“愿意持续付费”。

因此,这组数据的核心结论是:个人付费市场已经被打开,但成功路径不是溢价,而是专业性与低门槛之间的平衡。

7.3 使用频率与付费意愿:真正的商业转化,不是从“知道产品的人”里发生,而是从“离不开产品的人”里发生

调研显示,付费意愿与使用频率呈现清晰的正向关联:在每日高频用户中,愿意付费(>0元)的比例达到77.0%。同时,6-10年资历群体中,愿意支付100元/月以上的比例达到5.9%,明显高于其他群体,是最具商业转化潜力的核心用户。



这一结果揭示了专业医学AI最重要的商业规律之一:真正决定付费的,不是认知度,而是使用强度;不是“觉得AI不错”,而是“已经把AI纳入 workflow”。

当一个工具只是偶尔用一下时,用户很容易把它视为可替代项;但当它已经成为高频知识工作的一部分,付费就会被看成一种“维持效率”的必要成本。从这个意义上说,使用频率本身就是商业价值最强的先行指标。因为高频使用说明两个问题:第一,产品已经真正嵌入某类真实任务;第二,用户已经形成明确的收益感知。只有在这两个条件都成立时,付费才会变得自然。否则,即便用户口头表示认可,也往往难以形成长期订阅。

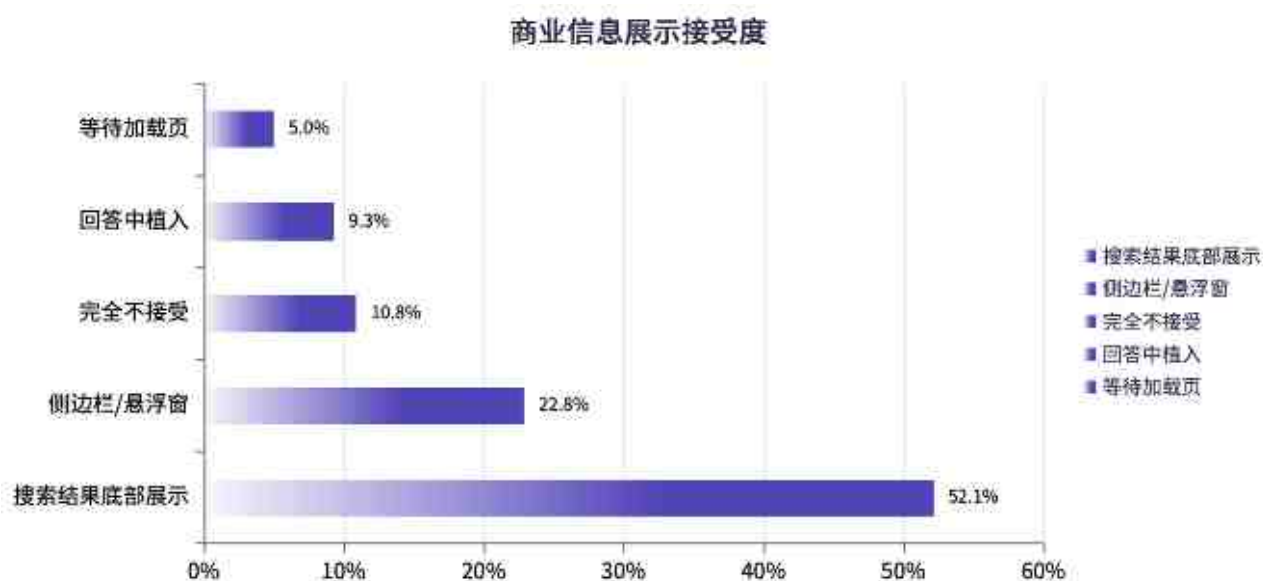
尤其值得注意的是6-10年资历群体。他们既面临临床、科研、教学、晋升等多重压力,又处在职业能力快速扩张阶段,对效率工具的感知最敏锐,因而也最容易形成高频使用和更高支付意愿。可以说,这一群体不仅是AI应用的高频用户,也是未来专业医学AI最值得重点经营的商业核心人群。

从用户运营角度看,这意味着产品方不应只看总体付费率,而应更加重视“高频高压用户”的识别与转化。谁能抓住这些用户,谁就更容易建立稳定收入基础;而一旦这类核心人群形成口碑和工作流依赖,也更可能带动周边人群的模仿和扩散。

因此,这一部分数据最重要的启示是:医疗AI的商业化,不是泛泛地教育所有人付费,而是优先把最容易形成依赖的人群服务到极致。

7.4 商业信息展示接受度:医务人员并不排斥商业化,他们反对的是打断与失真

调研显示,89.2%的医务人员可以接受商业信息展示,其中“搜索结果底部”以52.1%的接受度成为最优形式。这个结果很值得重视,因为它打破了一个常见误区:很多人认为医疗专业用户天然排斥商业信息,尤其在AI场景中更会高度敏感;但事实上,医务人员真正反感的并不是商业化本身,而是破坏专业阅读体验、打断思路连续性,或削弱内容可信度的商业化方式。



“搜索结果底部”之所以最被接受,本质上是因为它遵循了医疗内容消费的一个重要心理机制:医生首先需要完整地获得答案和依据,在此基础上,再去决定是否关注相关学术资讯或延伸信息。只要商业信息不插入核心阅读流、不干扰判断、不伪装成结论本身,它就更容易被视为一种附加资讯而非强制打扰。

这意味着,医疗AI的商业信息设计必须高度克制。它不适合采用普通互联网产品中常见的弹窗、强插、跳转式打断,也不适合在关键结论中模糊学术内容与商业内容的边界。更可持续的路径,是让商业信息以“补充阅读”“相关学术资讯”“延伸参考资料”这类方式,存在于核心答案之后,并在形式上清晰可辨。

从商业生态角度看,这一点尤其重要。因为医疗AI的最大资产并不是流量本身,而是信任。如果为了短期变现过度侵入内容流,就会直接损害产品最根本的价值基础。因此,底部展示之所以



重要,不只是因为用户更能接受,更因为它代表了一种更适合专业内容场景的变现伦理:先保证专业信息的完整性,再承载适度商业信息。

因此,这组数据为行业提供了一个相对清晰的方向:医疗AI并非不能承载商业内容,但其商业化必须建立在“不打断、不混淆、不透支信任”的前提下。

7.5 对DeepEvidence与付费生态的综合分析:商业路径已经显现,关键在于把“尝试意愿”转化为“高频依赖”

如果把本章的数据放在一起看,可以得到一个非常清晰的商业判断:DeepEvidence及类似专业医学AI产品,已经完成了从“概念可行”到“市场可行”的初步跨越。无论是现有渗透率和满意度,还是未使用者在明确价值主张下展现出的强烈尝试意愿,都说明这类产品不再只是技术展示,而已经具备明确的用户基础和增长潜力。

但同时,商业成功的关键也已经非常明确:不是继续证明大家对AI感兴趣,而是把兴趣转化为高频使用,再把高频使用转化为付费与长期留存。

因为在专业医学AI市场中,付费的前提从来不是“听过你”,甚至也不是“用过你”,而是“你已经成为我工作中的一部分”。这一点决定了商业化节奏的合理顺序应当是:先降低试用门槛,再强化高频场景,再进行分层转化。也就是说,现阶段最核心的任务不是一上来就深度收费,而是先通过清晰价值表达、快速试用体验、低门槛价格策略,把更多潜在用户带入日常使用;只有当使用行为真正稳定下来,后续的中高端付费、专业订阅和增值服务才会水到渠成。

从这个角度看,DeepEvidence这类产品已经站在一个非常关键的位置上:它不是还在寻找需求,而是在思考如何把已经被证明存在的需求,转化为更成熟的收入模型。

7.6 对行业参与者的综合启示:最现实的模式,是“低价入口 + 高频粘性 + 温和商业化 + 分层升级”



综合本章数据,当前专业医学AI已经勾勒出一条相对清晰的商业路径。

首先,在用户获取阶段,应以“基础功能低价/免费”切入,覆盖绝大多数价格敏感用户。因为从调研结果看,87.4%的受访者对价格的接受区间集中在30元/月以下,这意味着低门槛策略不是可选项,而是现阶段扩大渗透的现实前提。

其次,在用户留存阶段,核心目标不是泛化功能堆叠,而是围绕文献速读、治疗方案支持、鉴别诊断辅助、指南整合等高频场景建立稳定使用习惯。只有高频使用,才会带来真正的商业转化。

再次,在收入放大阶段,可以逐步形成用户分层:

- 1.基础用户使用低价或免费功能
- 2.高频专业用户转化为付费订阅
- 3.少量重度用户进一步升级到更高阶的专项能力或项目型服务。

其中,6-10年资历、高频使用、工作负荷大的中青年骨干,很可能是最具转化价值的核心客群。最后,在B端或生态变现层面,可以依托“搜索结果底部学术资讯推送”这类不干扰阅读流的方式,建立更温和、更适配专业场景的商业合作模式。其核心原则应当始终是:商业信息可以存在,但必须服务于信息完整性之后,而不能侵入专业判断过程本身。

因此,从整个商业生态来看,当前最合理的路径并不是单一收费模式,而是个人订阅、专业升级、机构采购、温和资讯合作并行的复合模式。

7.7 专业医学AI的商业化关键,不在“卖AI”,而在“成为医生愿意持续依赖的工作组件”

综合来看,本章说明,专业医学AI已经具备了较明确的商业验证基础:用户愿意尝试,现有用户满意度较高,近七成受访者愿意付费,高频用户更容易转化,且商业信息的温和植入也有较高接受度。所有这些都表明,医疗AI的商业化并非遥不可及,而是已经开始出现清晰路径。

但与此同时,这条路径的核心不在于简单“卖一个AI工具”,而在于让产品真正成为医生日常工作的高频组件。一旦产品只是偶尔尝试,它就难以持续收费;只有当它被纳入真实工作流,商业化才会具备稳固基础。

因此,下一阶段专业医学AI真正的竞争焦点,将不是谁最会讲AI故事,而是谁最能把专业能力、使用频率、低门槛定价与信任机制结合起来,最终形成一个既能让医生反复使用、又能让行业合作伙伴放心参与的付费生态。



第八章

未来展望： 协作共识与风险预期

- 8.1 AI被视为提升健康结果与优化协作的工具,而非临床判断的替代者
- 8.2 医疗AI的角色定位已形成稳定共识:辅助而非替代
- 8.3 AI对医患关系的利弊影响:既可能成为沟通增效器,也可能成为新的张力来源
- 8.4 不同资历对医患关系的预期:年轻人更乐观,中段资历群体感受到更强张力
- 8.5 对未来协作格局的综合分析:医疗AI的未来不是“替代谁”,而是“重新分配谁做什么”
- 8.6 对医疗机构和产品设计者的启示:要把AI设计成“沟通缓冲器”,而不是“冲突放大器”
- 8.7 本章小结:未来的核心命题不是“AI会不会替代医生”,而是“如何让AI在边界清晰的前提下放大医疗协作价值”





8.1 AI被视为提升健康结果与优化协作的工具,而非临床判断的替代者

调研显示,超过八成受访者认为,AI将取代部分重复性工作,但不会取代核心临床判断;同时,绝大多数受访者也相信,AI最终将帮助患者获得更好的健康结果。另有超过60%的受访者认为,AI有望改善医患关系。

这一结果非常关键,因为它说明在中国医务人员群体中,关于AI的基本认知已经逐渐趋于成熟:AI并未被主流医务人员理解为“替代医生的机器”,而是被定位为一种有助于提升效率、改善协作、优化患者结果的辅助力量。

这一判断之所以重要,在于它为未来医疗AI的落地提供了相对清晰的社会心理基础。如果医生普遍把AI视为威胁,那么其应用前景就会长期停留在抵触与防御之中;但本次调研表明,主流医务人员并没有把AI理解为对专业身份的直接否定。相反,他们更倾向于将AI看作一种能够接管重复劳动、减轻信息负荷、改善知识处理效率的支持系统。

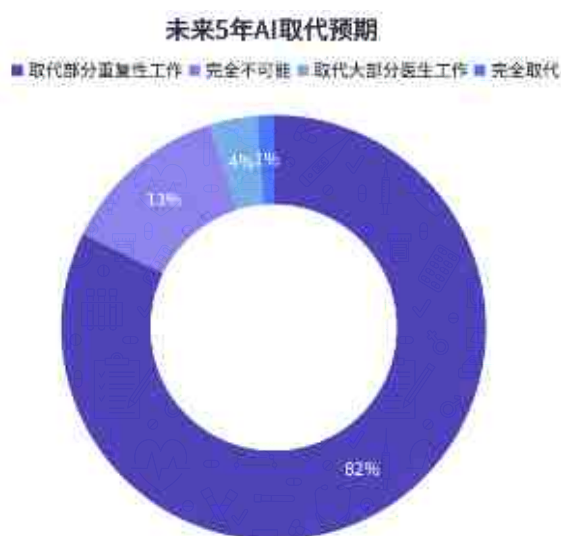
换句话说,医疗AI在一线接受逻辑,并不是“让机器代替判断”,而是“让机器先帮我处理那些不必总由人亲自完成的部分”。这也意味着,未来AI在医疗行业的主要推进方向,不会是围绕“替代”展开,而更可能围绕“分工重构”展开:哪些任务适合机器承担,哪些判断必须由医生保留,哪些环节可以在人机协作下重新组织,这将成为未来几年医疗AI发展最核心的问题之一。

从趋势上看,这种定位也非常符合医疗行业的专业属性。临床判断本质上不仅是知识检索和规则匹配,还涉及患者个体差异、价值取向、情境判断、风险沟通和责任承担。因此,哪怕AI不断增强,医生仍然会被视为最终决策与责任承担的主体。未来更现实的路径,不是“医生被替代”,而是“医生借助AI,把时间和认知资源从重复劳动中释放出来,投入到更高价值的判断与沟通环节”。

因此,本节数据传递出的核心信号是:中国医务人员对AI的角色定位已从抽象争论,逐渐转向务实分工。

8.2 医疗AI的角色定位已形成稳定共识:辅助而非替代

进一步分析发现,不同等级医院、不同职称、不同资历的医务人员,对AI角色的判断高度一致。“取代部分重复性工作”成为压倒性共识,占比均超过80%。其中,年轻医生(执业5年以下)的共识度最高,达到89.4%,且没有人认为自己会被“完全取代”。



这一点非常值得重视,因为它说明,AI在医疗行业中并未引发明显的代际撕裂。一般而言,新技术出现后,年轻群体往往更乐观,资深群体更警惕,容易形成显著分化;但本次调研呈现出的却是一个更稳定的图景:无论资历、机构还是职称如何变化,医务人员对AI的基本角色定位都高度收敛于“辅助性工具”这一中心判断。

这种稳定共识的形成,意味着医疗AI已经跨过了最早期的概念焦虑阶段。大家讨论的焦点,不再是“AI到底会不会取代医生”这种宏大命题,而逐渐转向更现实的问题:哪些环节适合辅助?辅助到什么程度?如何避免越界?如何在组织和制度上保障这种辅助是安全的、可控的、可追溯的?

年轻医生群体表现出更高的共识度,也有其内在逻辑。对他们而言,AI从进入职业生涯开始就已是一个自然存在的工作环境变量,而不是后期间入的外来事物。他们更容易把AI理解为未来工作方式的一部分,而不是需要额外“适应”的陌生技术。因此,他们对AI辅助属性的接受度更高,也更少产生“完全替代”的极端担忧。

这也意味着,随着年轻医生逐步成为临床主力,未来医疗AI的接受基础很可能进一步稳固。也就是说,从代际演变看,医疗AI并不会越来越遭遇排斥,反而大概率会越来越被视为职业环境中的常规工具。真正的挑战将不再是说服医生接受AI,而是如何把AI纳入更成熟的人机协作框架。



8.3 AI对医患关系的利弊影响:既可能成为沟通增效器,也可能成为新的张力来源

在医患关系层面,调研呈现出一个非常典型的“双面性”图景。正面来看,AI有望显著提升沟通效率与患者理解。受访者对AI用于患者教育的认可度达到53.8%,51.4%认为AI有助于节省沟通环节,46.8%认可AI在辅助解释病情方面的作用。



这说明,在医务人员看来,AI在医患沟通中最现实的价值,并不一定体现在替代面对面沟通,而更多体现在预处理、补充解释、标准化教育和信息转译等方面。很多原本需要医生花费大量时间反复解释的内容,例如疾病基本原理、治疗路径、用药注意事项、术前术后宣教、出院后的行为指导,都有可能通过AI以更清晰、更通俗、更可重复的方式辅助完成。

这类能力的价值非常现实。当前临床工作中,医患关系紧张的一个重要来源,并不是单纯的对立,而是信息不对称和沟通时间不足。医生没有足够时间细致展开,患者又缺乏足够背景去理解复杂医学问题,于是误解、焦虑和不满容易累积。AI若能承担一部分解释和教育任务,就可能帮助缓解这一结构性矛盾,让医生把有限时间更多投入到关键判断与个体化沟通中。

但另一方面,风险同样十分突出。高达93.7%的受访者担忧患者可能依据AI给出的结论来质疑医生判断,另有51.6%认为这可能进一步加剧防御性医疗行为。

这一点说明,医务人员并不是简单地害怕患者“会用AI”,而是担心AI在医患之间引入一种新的比较关系:患者拿着AI生成的答案,与医生进行直接对照,一旦两者不一致,就可能放大不信任、误解甚至冲突。这其实揭示了医疗AI未来在患者侧普及后必然出现的一个新现实:AI不仅会辅助医生,也会塑造患者的预期。

患者将越来越多地带着预先获得的AI信息进入诊室,这既可能让沟通更高效,也可能让沟通更复杂。如果AI输出过度简化、缺少边界、忽略个体差异,就很容易让患者误以为医学决策是一个“标准答案问题”,从而对医生基于具体情境做出的判断产生质疑。因此,AI对医患关系的影响,绝不会是单向正面或单向负面的。它更像是一种放大器:

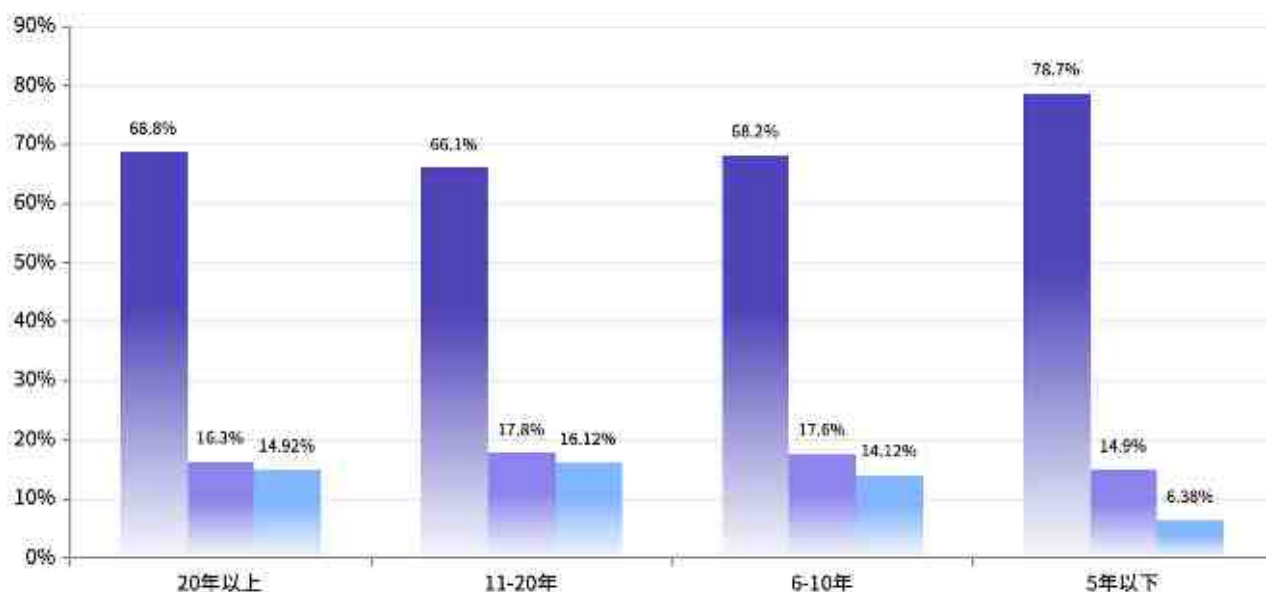
如果设计得好、使用得当,它可以放大解释效率、患者理解和沟通质量;

如果边界不清、表达失衡,它也可能放大患者预期落差、医生防御心态和关系紧张程度。换句话说,未来医患关系是否因AI而改善,关键并不只取决于AI是否存在,而取决于AI以什么方式进入医患沟通场景。

8.4 不同资历对医患关系的预期:年轻人更乐观,中段资历群体感受到更强张力

从不同资历群体的预期看,年轻医务人员(5年以下)对AI改善医患关系最为乐观,78.7%持积极判断;而11-20年资历群体的担忧最为明显,16.1%认为AI可能会恶化医患关系。这种差异很有解释力,也非常符合不同职业阶段的现实处境。

不同资历对医患关系影响预期





年轻医务人员之所以更乐观,一方面是因为他们本身对数字工具接受度更高,更容易看到AI在沟通辅助、患者教育、资料整理中的直接价值;另一方面,他们通常仍处于职业成长阶段,对AI的感受更多集中在“它能帮我省时间、补信息、做解释”,因此更容易从工具收益的角度理解AI。

而11-20年资历群体的担忧更强,则很可能与其职业位置密切相关。这个阶段的医务人员往往已成为科室骨干,既承担较重的临床责任,也更频繁直面医患摩擦、沟通压力和医疗纠纷风险。他们最清楚现实中的医患关系并不只是“知识解释不到位”那么简单,还涉及责任归属、期望管理、情绪对抗和风险防御。在这种背景下,他们比年轻医生更容易意识到,AI虽然可以帮助解释,却也可能制造新的信息冲突。

因此,这种资历差异并不意味着某一方判断更准确,而是说明不同职业阶段对AI的感知焦点不同:年轻群体更容易看到效率与沟通优化的一面;中段资历群体则更敏感于潜在的冲突放大效应。这一点对未来产品设计和培训推广很重要。针对年轻医生,可以更多强调AI在教育、解释、材料准备中的增效作用;而针对中段资历和核心骨干,则需要更明确地回应他们对患者误解、过度质疑和防御性医疗的担忧,提供更清晰的边界说明和沟通支持机制。

8.5 对未来协作格局的综合分析:医疗AI的未来不是“替代谁”,而是“重新分配谁做什么”

如果把本章所有数据综合起来看,可以得出一个非常清晰的结论:未来医疗AI的发展方向,已经越来越不像“人和机器谁替代谁”的竞赛,而更像是一次围绕医疗工作重新分配任务边界的过程。

在这一过程中,重复性、高耗时、可结构化的信息处理工作,很可能越来越多地由AI承担;而复杂判断、情境整合、责任承担、价值沟通和最终决策,仍将主要由医生保留。与此同时,在患者侧,AI也会逐步成为一种新的预先信息来源和健康教育工具,从而改变患者带着何种信息进入诊室、以何种预期与医生交流。

因此,未来的关键并不是“AI强不强”,而是协作结构是否设计合理。

如果AI只是一味给出看似确定的答案,而没有边界提示、没有个体差异说明、没有证据层级表



达,那么它就更容易成为冲突源;而如果AI能够被设计为一种帮助医生解释、帮助患者理解、帮助双方减少误解的沟通支持系统,那么它就更可能成为医患协作的新基础设施。这也意味着,医疗AI未来的真正成熟标志,并不是它回答得越来越像专家,而是它越来越清楚地知道:什么时候该总结,什么时候该提示不确定性,什么时候该鼓励患者寻求专业面诊,什么时候该把判断权清晰地交还给医生。

换句话说,未来最值得信任的医疗AI,不一定是最“会判断”的AI,而是最“懂边界”的AI。

8.6 对医疗机构和产品设计者的启示:要把AI设计成“沟通缓冲器”,而不是“冲突放大器”

对医疗机构管理者而言,本章最重要的启示是:AI进入医疗体系之后,不仅会改变医生的工作流,也会改变患者的认知路径。未来管理重点,不能只盯着医生端的使用合规,还需要提前考虑患者侧如何理解AI、如何与医生判断形成关系、如何避免患者把AI结论视为“最终标准答案”。

因此,医院在引入AI时,除了关注诊疗辅助能力,也应同步考虑以下几个问题:

AI是否适合用于患者教育与宣教;

AI输出是否足够重视边界和不确定性表达;

是否有机制帮助医生解释“AI建议为何与临床判断不同”;

是否能减少而不是放大患者对医生的不信任。对产品设计者而言,同样如此。未来医疗AI如果希望真正改善医患关系,就不能只强调“回答快”“看起来懂”,而要更加重视输出的可解释性、情境性与克制感。产品越接近患者侧,越要避免绝对化、武断化、无边界的表达;越接近医生侧,越要支持证据展示、差异说明和沟通辅助。

真正好的医疗AI,应该在两个方向同时发力:

一方面减少医生的解释负担;另一方面又不剥夺医生作为最终解释者和判断者的位置。只有做到这一点,AI才更可能成为“沟通缓冲器”而不是“冲突放大器”。



8.7 本章小结:未来的核心命题不是“AI会不会替代医生”,而是“如何让AI在边界清晰的前提下放大医疗协作价值”

综合来看,本章数据已经非常清楚地表明,中国医务人员对AI未来角色的判断正在快速稳定下来:AI会越来越多地承担重复性工作、信息处理和沟通支持任务,但不会取代核心临床判断。与此同时,AI也确实有潜力改善患者教育、提升沟通效率、帮助患者更理解疾病和治疗;只是如果边界处理不好,它同样可能成为患者质疑医生判断和强化防御性医疗的新变量。

因此,未来医疗AI最重要的命题,已经不是“能不能替代医生”,而是“如何在边界清晰、责任明确、表达克制的前提下,最大化它对医生—患者—机构三方协作的正向价值”。

谁能回答好这个问题,谁就更有机会定义下一阶段医疗AI真正成熟的形态。

这一判断之所以重要,在于它为未来医疗AI的落地提供了相对清晰的社会心理基础。如果医生普遍把AI视为威胁,那么其应用前景就会长期停留在抵触与防御之中;但本次调研表明,主流医务人员并没有把AI理解为对专业身份的直接否定。相反,他们更倾向于将AI看作一种能够接管重复劳动、减轻信息负荷、改善知识处理效率的支持系统。

换句话说,医疗AI在一线接受逻辑,并不是“让机器代替判断”,而是“让机器先帮我处理那些不必总由人亲自完成的部分”。这也意味着,未来AI在医疗行业的主要推进方向,不会是围绕“替代”展开,而更可能围绕“分工重构”展开:哪些任务适合机器承担,哪些判断必须由医生保留,哪些环节可以在人机协作下重新组织,这将成为未来几年医疗AI发展最核心的问题之一。

从趋势上看,这种定位也非常符合医疗行业的专业属性。临床判断本质上不仅是知识检索和规则匹配,还涉及患者个体差异、价值取向、情境判断、风险沟通和责任承担。因此,哪怕AI不断增强,医生仍然会被视为最终决策与责任承担的主体。未来更现实的路径,不是“医生被替代”,而是“医生借助AI,把时间和认知资源从重复劳动中释放出来,投入到更高价值的判断与沟通环节”。

因此,本节数据传递出的核心信号是:**中国医务人员对AI的角色定位已从抽象争论,逐渐转向务实分工。**



第九章

政策解读：“十五五”定调 “人工智能+”，医疗AI从技术 热潮走向临床深水区

- 9.1 场景确立：政策已明确将AI应用延伸到辅助诊疗等核心医疗场景
- 9.2 风险治理前移：政策开始正面回应权责与数据问题，为临床使用建立制度边界
- 9.3 从“个人外挂”走向“机构底座”：医院智能化改造的政策环境正在形成
- 9.4 生态重估：政策奖励的不是“参数更大”，而是“更深度融合、更贴近本土场景”
- 9.5 政策与调研合流：医疗AI正在从探索期走向制度化落地期





前言

如果说前八章的调研数据揭示了中国医务人员面对医疗AI时“既积极尝试、又高度审慎”的真实心态,那么进入2025—2026年,国家层面密集出台的相关政策,则正在为这种复杂心态提供制度回应和方向指引。

从政策主线看,国务院于2025年8月发布《关于深入实施“人工智能+”行动的意见》(国发〔2025〕11号),强调推动人工智能与经济社会各行业各领域“广泛深度融合”,并提出形成“人机协同、跨界融合、共创分享”的智能经济和智能社会新形态。随后,2025年11月,国家卫生健康委等部门发布《关于促进和规范“人工智能+医疗卫生”应用发展的实施意见》,明确提出要促进人工智能在医疗卫生领域“规范应用”,不断丰富应用场景、提升服务能力、保障服务安全。到了2026年,“十五五”规划纲要进一步提出要“全面实施‘人工智能+’行动”,并明确“有序推动数智技术在辅助诊疗、精准医疗、健康管理、医保服务、养老助残等场景的应用”。这些表述共同说明,国家对AI的战略重心,已经明显从“技术能否突破”转向“场景能否落地、系统能否融合、治理能否跟上”。

对医疗行业而言,这种转向尤其重要。因为医疗并不是一个仅靠模型能力就能自然落地的行业,它同时受到责任、合规、数据治理、院内流程、支付体系和专业信任的多重约束。也正因如此,“十五五”时期的政策红利,并不只是“鼓励用AI”这么简单,而是在更深层次上,为医疗AI进入临床主场景、处理高敏感环节、嵌入医院工作流创造了更明确的制度条件。

综合来看,围绕医疗AI,当前政策至少释放出四个值得重点关注的信号。

9.1 场景确立:政策已明确将AI应用延伸到辅助诊疗等核心医疗场景

“十五五”规划纲要明确提出,要“有序推动数智技术在辅助诊疗、精准医疗、健康管理、医保服务、养老助残等场景的应用”。这意味着,AI在医疗体系中的政策定位,已经不再局限于挂号、导诊、客服、行政管理等外围环节,而是开始被明确纳入与临床服务质量和效率更直接相关的场景之中。与此同时,国务院《关于深入实施“人工智能+”行动的意见》提出,要推动人工智能与各行业各领域广泛深度融合;上海2026年国民经济和社会发展规划报告也将“新一代智能终端、智能体等广泛应用”列入推进方向,说明“智能体”正在从技术概念走向更明确的应用部署框架。

这一点,与本次调研中医务人员最希望AI辅助“治疗方案选择”(34.1%)和“鉴别诊断”(27.5%)的结果高度契合。也就是说,政策层面正在逐步认可,医疗AI未来的价值不应只停留在外围事务自动化,而应当朝着更接近临床知识处理、证据支持和路径辅助的方向演进。

但需要指出的是,政策所强调的是“有序推动”“辅助诊疗”,而不是把AI推向脱离医生监管的独立决策位置。这一点非常重要。它意味着未来医疗AI进入核心环节的路径,更可能是作为医生身边的高强度辅助系统,在检索、归纳、比对、提醒、总结、路径建议等层面增强临床工作,而不是替代医生承担最终判断责任。换句话说,国家正在为医疗AI进入临床主场景打开空间,但打开的是“辅助性空间”,不是“替代性空间”。

从行业趋势看,这种路径非常符合医疗AI的现实演进逻辑。未来真正有机会被广泛接纳的,往往不是“看起来像专家”的模型,而是那些能够在查房、会诊、阅片、用药核对、文献支持、病情解释等具体环节中承担稳定辅助作用的“医疗工作系统”。

9.2 风险治理前移:政策开始正面回应权责与数据问题,为临床使用建立制度边界

本次调研中,医务人员最核心的顾虑集中在“医疗出错该由谁担责”(55.7%)与“病历上传等是否违规”(55.0%)两大问题上。值得注意的是,“十五五”规划纲要已经正面回应了这一类焦虑。纲要提出,要“探索建立人工智能生成物权利归属和开发者经营者使用者权责认定规则”,同时强调健全数据采集、存储、流通、使用管理规则,实施数据分类分级管理,提升数据安全保护



能力。国家卫生健康委等部门发布的《关于促进和规范‘人工智能+医疗卫生’应用发展的实施意见》也把“规范应用”“保障服务安全”写入总体要求。

这组政策信号的意义非常大。它说明监管层已经意识到，医疗AI能否真正进入深层临床应用，关键不只是技术成熟度，而是责任边界和数据边界是否清晰。对医务人员而言，真正阻碍他们放开手脚使用AI的，并不是单纯担心“AI会不会犯错”，而是担心“AI出错以后责任如何认定”“自己在什么情况下使用AI仍然合规”。一旦这些边界长期模糊，医生就很难把AI放进高价值场景中。

当然，也需要保持审慎判断。当前政策已经明确将“权责认定”和“数据治理”列入顶层设计方向，但这并不等于短期内所有细则都已完备。更现实的理解是：监管框架已经开始朝着“可治理、可追责、可规范”的方向推进，这将逐步改善医疗机构与医务人员对AI的制度预期，为后续标准、规范、判责和院内部署提供上位依据。也就是说，政策已经开始“托底”，但真正让医生彻底放下顾虑，还需要后续规则进一步细化。

从行业角度看，这种变化已经足够重要。因为一旦风险治理不再完全空白，医疗AI的竞争逻辑就会改变：谁不仅能提供能力，还能提供更清晰的合规设计、数据隔离、证据追溯和责任边界说明，谁就更可能在下一阶段获得医院和医生的信任。

9.3 从“个人外挂”走向“机构底座”：医院智能化改造的政策环境正在形成

调研显示，60.6%的受访者认为医院引入AI“太慢”，94.1%认为医院应提供AI工具津贴或专业账号。这说明，今天很多医务人员对AI的使用仍处于“个人先行、机构滞后”的状态。但政策环境正在推动这一结构发生变化。

一方面，国务院《关于深入实施“人工智能+”行动的意见》明确提出“培育智能原生新模式新业态”，强调将人工智能融入战略规划、组织架构和业务流程，推动产业全要素智能化发展。国家发改委随后对该提法的解读进一步说明，“智能原生”并非简单“+AI”，而是从设计之初就将AI能力纳入产品、服务和业务模式之中。另一方面，地方层面已经开始提供更具体的资源支持。比如，北京2026年高精尖产业发展项目资金实施指南中，将“算力券补贴”列为支持方向，对相关人工智能研发和应用项目给予一定比例补贴；北京市医疗健康领域支持人工智能产业创新



发展的政策解读也明确提到,争取市级算力券、数据券支持,定向补贴医疗机构与企业的数据合作和模型研发;上海则提出对符合条件的创业者给予算力券、模型券、语料券等支持,并推动“人工智能+”场景开放。

这些政策信号共同表明,医疗AI正在从“医生个人自备工具”的阶段,逐步迈向“医院和地方政府共同建设智能底座”的阶段。未来医院是否能够真正形成AI能力,不再只取决于个别医生是否会用某个C端工具,而越来越取决于院方是否愿意把AI纳入信息化、数字化和运营治理的一部分。

从趋势上看,这意味着医院将面临一轮新的选择:继续默许医生在院外零散使用各类工具,还是主动建立院内可管理、可评估、可审计的AI体系。政策显然在推动后者。也就是说,未来更具代表性的医院形态,不会是“少数医生私下会用AI”的医院,而会是“院内流程已预留AI接口、组织机制允许一线参与评估、核心场景具备合规接入路径”的医院。

9.4 生态重估:政策奖励的不是“参数更大”,而是“更深度融合、更贴近本土场景”

国发〔2025〕11号反复强调“广泛深度融合”,而“十五五”规划纲要则把数智技术在辅助诊疗、医保服务、健康管理等具体场景中的“有序应用”写入国家规划。这样的政策导向,实际上已经给医疗AI行业划出了一条非常明确的价值坐标:未来五年,行业竞争的核心标准不会只是“谁的底层模型参数更大”,而会越来越多地转向“谁能在真实医疗业务中稳定可用、可管、可持续”。

这与本次调研数据高度一致。受访医务人员对国产AI的改进期待,最集中地指向医保报销适配(74.2%)、中文权威指南检索(73.3%)、结合国内药物实际供应情况(66.3%)等高度本土化的问题。换句话说,医生真正关心的,并不是抽象意义上“AI够不够聪明”,而是“AI是否真正理解中国医院里的临床现实”。

因此,在“十五五”语境下,医疗AI产业将迎来一次明显的价值重估:通用大模型在早期的入口红利仍然存在,但单纯依赖通用能力的优势会逐步缩短;真正能建立中长期壁垒的,将是那些



深度理解中国诊疗生态、拥有高质量本土医学语料、能够处理指南、医保、供药、路径与表达方式等现实问题的专业医学AI。国家卫生健康委等部门2025年发布的“人工智能+医疗卫生”实施意见,强调的是“规范应用”“丰富应用场景”“保障服务安全”,其隐含要求也正是这种场景化、行业化、深度融合式的发展路径。

从产业视角看,这意味着未来胜出的企业,未必是“最通用”的企业,而更可能是“最场景化、最本土化、最懂临床约束条件”的企业。对专业医学AI平台来说,这正是从“可用工具”向“关键基础设施”跃迁的窗口期。

9.5 政策与调研合流:医疗AI正在从探索期走向制度化落地期

把政策文本和本次调研放在一起看,可以发现二者形成了很清晰的呼应关系:医生的需求集中在辅助诊疗、治疗方案选择、鉴别诊断、文献研读和本土化适配;国家的政策则正在为辅助诊疗、数据治理、权责认定、智能原生和行业深度融合提供制度框架。前者反映的是临床一线“想要什么”,后者反映的是政策层面“准备如何接住这些需求”。

这意味着,医疗AI正在经历一个关键转折:它不再只是技术圈、创业圈或少数先行医院内部的探索议题,而越来越成为一个有顶层规划牵引、有行业政策配套、有地方资源支持、并且与一线真实需求高度共振的系统性议题。换句话说,医疗AI的“试验性”在减弱,“制度性”在增强。

当然,这并不意味着所有难题都已解决。真正的深水区才刚刚开始:辅助诊疗如何与责任边界匹配,院内系统如何与专业AI整合,数据如何在安全前提下高质量流通,医生如何在不增加执业风险的前提下高频使用AI,这些都仍将是未来数年内的关键问题。但与前几年相比,最大的不同在于,这些问题如今已经不再无人回应,而是开始进入国家规划和行业治理的正式议程。



结语

885份来自全国一线医务工作者的真实反馈,描绘出一幅清晰的图景——2025年的中国医疗AI已走过了“要不要用”的争论阶段,2026年正在进入“怎么用好、用得安全”的深水区。

医务人员对AI的态度,既不是盲目追捧,也不是全面抵触,而是一种建立在专业素养和执业责任之上的理性审慎。他们期待AI帮助自己减轻信息过载、缩短循证路径、提高文献处理和临床支持效率,同时也始终坚守患者安全、责任边界和合规底线。这种审慎并不是阻力,恰恰是医疗AI走向深度临床应用最健康、最可靠的土壤。

这种审慎,恰恰是医疗AI走向深度临床应用最健康的土壤。而能够在“效率、安全、合规”三角中找到精准着陆点的产品与机构,将率先赢得这一群体的长久信赖。

无论是“十五五”规划的宏伟蓝图,还是医务人员的切身呼声,都在传递同一个声音:医疗AI的探索期已经接近尾声。随着法律权责的逐渐明晰和医院智能底座的完善,医疗行业即将迎来一场效率革命。对于广大医务工作者而言,这并非一次可能被替代的危机,而是卸下“认知负重”、回归医疗人文本质的十年一遇之大变局。

