

Part II: A Primer on Fundamental Concepts and Current Techniques Used to Measure Value in Health Care

Chapter 5

Key Economic Concepts and Their Implications

關鍵的經濟概念及其涵義

導讀：財務組 高承駿

簡報：財務組 孫伊姍 高承駿

111/08/04

李伯璋署長：

最近幾次的會議，像智慧醫院、智慧醫療，前天中技社在張榮發基金會演講，其實很多新創產業都希望每一個東西都要納入健保給付，可是我在connect discussion的時候，我是堅持一個態度，這個東西不太可能每一個都從健保來，然後的確是這樣的一個現實。那昨天醫審去跟部長報告一些藥品的一些問題，像他們要成立癌症基金會，講得好好聽，國健署的人在做報告時告訴你國外怎麼做怎麼做，講到最後我們育文就講一句話，都詛咒讓人家死，大家都會講，講得很好聽，就是我們要跟美日要交好，可是我們不要跟中國交惡，這個都是用講的都比较快，不過我覺得大家要努力，因為我覺得說，其實在健保的整個體系裡面，我們都已經是善盡我們的職責，那部裡面也都覺得說，其實人才都在我們健保署，各位萬一有被人家肯定的時候，一定記得要把握機會，我想的確他們是很需要我們這邊的人才，那我看來看去，我們健保署人才濟濟，當然每個人的promotion都是有他的一個 limitation，大家一起加油，好不好，那我們今天的就開始。

趙偉翔科長：

署長、各位署內長官及醫界先進早安，今天是健保署英文專書的

第5場讀書會，首先我們請署長為我們致詞。

李伯璋署長：

謝謝，那今天很高興由財務組，好像首次登場，對不對，好那我們就期待好不好，承駿你就是承先啟後，好不好，開始。

高承駿科員：

署長、各位長官、各位同事以及線上的大家好，我是財務組的高承駿。今天就由我來幫大家導讀第5章，關鍵的經濟概念及其涵義。

第5章內容

- 5.1 經濟學家如何定義「價值」
- 5.2 醫療經濟學的基本概念
- 5.3 基本經濟概念對醫療照護價值評估的潛在涵義
- 5.4 總結



在第5章的部分，作者分成4個章節去做介紹，就讓我們一個一個看下去。

5.1 經濟學家如何定義「價值」



Measure
value



了解人的行為

市場價值	願意在市場上支付的價格	 = 100元
交換價值	能換取到其他產品的價值	 =  
勞動價值理論	生產一種產品所需的勞動力總量	 
總成本值	生產一種產品的總生產成本	 + 

3

首先第一節，經濟學家是如何定義價值的呢？經濟學，他是一門研究分析人的行為決策的社會科學，透過人在市場上的行為去瞭解人為什麼會做這個行為來定義價值。

在書上作者列出4個經濟學有關價值的定義，市場價值、交換價值、勞動價值以及總成本值。這邊我簡單的跟大家解釋一下，市場價值就是，假設我願意花100元在市場上買一顆蘋果，這個蘋果就有100元的價值；那這時候有另外一個人，他願意用兩顆橘子來跟我交換這顆蘋果的時候，我也願意跟他交換，一顆蘋果就等於有兩顆橘子的價值；勞動價值就是生成這一顆蘋果，它需要的人力，他可能需要兩個人力，他就是有兩個人力的勞動價值；總成本值就是，蘋果不可能單靠人就生產出來，所以他需要有果樹、需要有土地的資本財，透過人力加上這些資本財的加總就是他的總成本值。

因此透過人在市場上的各種行為去定義價值。

5.2 醫療經濟學的基本概念

(1) 需求、供給和價格

(2) 效用、風險和不確定性

(3) 健康結果的經濟評價

(4) 健康是普世價值

(5) 道德風險

(6) 健康保險需求理論

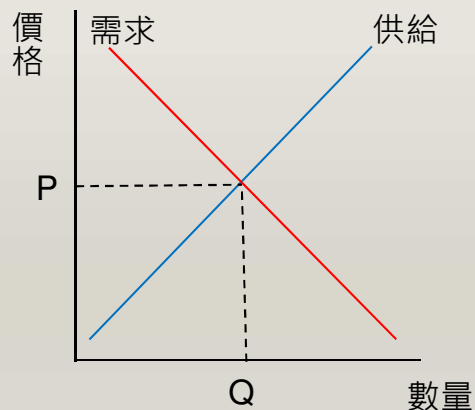
(7) 效率

(8) 資訊不完整和不對稱

接下來第二節的部分，作者透過8個面向去探討醫療經濟學的基本概念。

5.2 (1)需求、供給和價格

📌 供需決定均衡價格和數量



現實是這樣嗎

• 醫療照護價格
第三方議價

• 供需變化未必能
即時反應價格
COVID-19



第一個供需跟價格，講到經濟學就會想到經典的供需理論，我們這邊可以看到，需求曲線就是一個從左上往右下，當價格越低，消費者就會需求越多的負斜率曲線，供給曲線剛好相反過來，他是從左下往右上，當價格越高的時候，生產者就會願意生產更多的產品來賺取利潤，因此當需求曲線跟供給曲線交會的時候所產生的均衡點，它就會產生一個均衡價格跟數量。

只是現實真的是這樣子嗎？像醫療照護的價格，因為其實在醫療照護市場，通常是由第三方的保險人去跟醫療提供者做價格的議定，並不是單純由需求者，就是病人，跟醫生去做價格的擬定，那供需的變化真的能即時反應在價格上面嗎？像在COVID-19期間，因為視訊醫療的激增，可是我們一些資訊的系統或是一些法令，無法跟著即時的更新，所以造成他的價格也未必能及時反應在這上面。

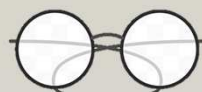
5.2 (2)效用、風險和不確定性 I

📌 效用

★ 主觀的，即消費者滿意程度。

➡ 如：近視

雷射手術或戴眼鏡(一般或隱形)



6

有關效用，他其實就是一個主觀的類似消費者的滿意程度，例如一個近視的人，他可以選擇做雷射手術或者戴眼鏡，就像現在大家應該看得到我就是有戴著眼鏡，我就是一個近視的人，我為什麼不做雷射的手術呢？因為雷射手術他的費用可能要5萬到9萬不等，那我就會覺得說，這筆錢我花在雷射手術上跟我去花在其他運用上，我覺得花在其他運用上的效用比較高，所以我就決定不做雷射手術，然後我決定戴眼鏡

在戴眼鏡的時候也可以分，我要戴一般眼鏡，還是隱形眼鏡，那為什麼我選擇戴一般眼鏡？因為我戴隱形眼鏡的時候，我眼睛容易覺得乾澀，我會產生不適感，這個不適感就會造成我的效用降低，所以我決定就戴一般眼鏡。

不過效用這個東西，就是看每個人對於自己的需求以及偏好，所以並沒有絕對說，一定是我認為的效用高就是效用高，你認為的效用高就不是，就是青菜、蘿蔔各有所好這樣。

5.2 (2)效用、風險和不確定性II

✈ 風險和不確定性

- 經濟理論大都假設消費者是風險規避的。
- 「風險規避者」因厭惡風險，即使規避風險的成本更高也沒關係。

	沒有保險	保險費US\$100/月	保險費US\$150/月
患病機率	10%	10%	10%
治療費用	US\$12,000	US\$0	US\$0
每月保險費	US\$0	US\$100	US\$150
平均每年成本 (期望值)	$10\% \times US\$12,000 = US\$1,200$	$US\$100 \times 12 = US\$1,200$	$US\\$150 \times 12 = US\\$1,800$

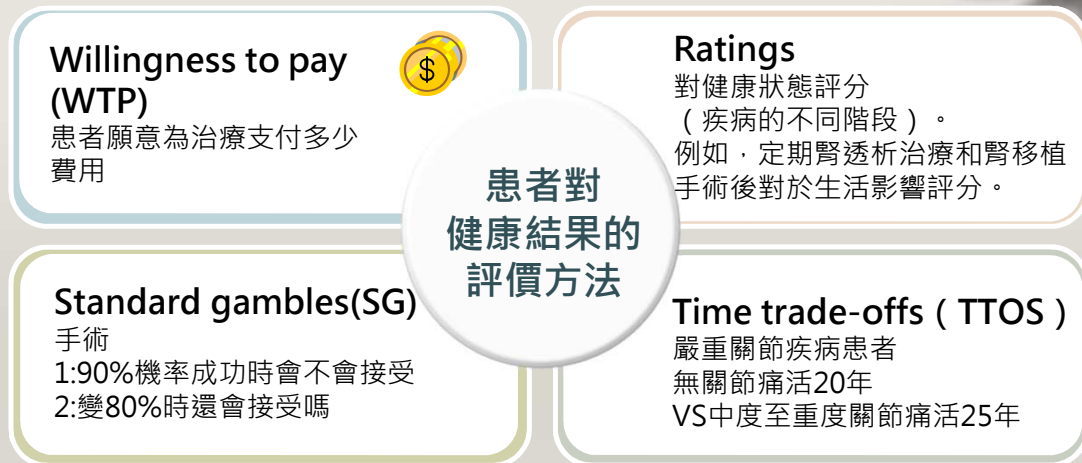


7

接下來是有關風險跟不確定性，風險跟不確定性是一個看似很相似，似乎又有一點不一樣。這邊簡單跟大家解釋一下，其實風險就是一種可以衡量及量化的隨機性，那不確定性的是一種無法衡量及量化的隨機性。在經濟學的理论，大多假設消費者是屬於風險規避，就是厭惡風險，所以他在規避風險的成本即使更高，他也覺得沒關係。

那我們來看下面這個例子，假設現在有一樣疾病，他每年的發病率是10%，一旦得病之後的治療費用1萬2千塊，那換算下來每個人成本大概是1千2百塊，因此你願意接受這個保險的話，你應該是接受每個月1百塊，就是剛好成本是在1千2百塊。可是如果當市場上，並沒有這個1千2百塊的保險，他只有每個月1百50塊的保險，那為什麼還會有人願意購買呢？就是因為人是風險厭惡，他為了規避風險，即使他付出成本更高，他也願意去付出這個成本。

5.2 (3)健康結果的經濟評價



8

接下來第3個部分，有關病人對於健康結果的評價方法，第一個很簡單，Willingness to pay就是你願意為這個治療付多少錢，就像前面提到的雷射手術，5萬塊的費用，我可能覺得有點太高，所以我不願意。那如果之後，因為技術的一些進步或是成本的降低，他可以降到3萬塊、2萬塊，我說不定就願意去進行這個手術。

接下來第二個是Ratings，Ratings就是請患者針對自己的健康狀態去做評分，例如一個可能腎功能有問題的患者，他對於他在做定期的腎透析，或是說他做完腎移植手術，對於他生活的影響的評分，這是由他個人主觀去認定，並沒有絕對說一定是怎麼評分的。

第三個Standard gambles，這邊是假設當你因為身體不適，醫生跟你說你可以進行一項手術，這項手術他有90%的機率會成功，那如果手術失敗，可能會造成你的不適感加劇，這時候你願意做這個手術嗎？如果現在這個手術的成功率變成80%，你還願意接受嗎？其實這個就是看每個人對風險承受的考量，我如果風險承受度低，我可能一定要90%甚至95%、100%，我才願意接受這個手術，可是如果我風險承受度很高的話，我可能覺得說，50%只要好，我也願意試看看，甚至40%我也願意試看看。

接下來第四個，Time trade-offs是一個時間權衡法，它其實是一

種用來衡量測試人的偏好的一種測量方法。假設你現在去問一個患有嚴重關節疾病的患者，你讓他有機會選擇說，我沒有關節病，可是只可以活20年，跟他依然要帶著中度至重度的關節痛，然後可以活25年，在這個當下他會怎麼去做選擇，這也是看他個人對於他健康效用跟生命的偏好去做決定，也沒有絕對的標準答案。

5.2 (4)健康是普世價值



良好的社會決定因素對健康的影響。
比直接提供醫療服務幫助更大。是普世價值，不因種族、宗教、政治信仰、經濟或社會情境而有所分別。

第4個健康是普世價值，在世界衛生組織憲章有提到，健康是基本的人權，是普世價值，不因種族、宗教、政治信仰、經濟或社會情境而有所分別，就像我國的全民健保一樣，每個人都有平等接受醫療照護的權利，並不會被刻意刁難說你不能接受醫療治療，那為什麼每個人的健康狀態不一樣？還是有人比較健康，有人比較不健康呢？這邊作者就提出了社會決定因素，例如教育、居住環境、飲食以及工作，在教育的部分，就是像我說我受過比較多的教育，我接觸到更多的知識，醫療保健知識，我知道怎麼去避免生病，怎麼去保養身體。居住環境良好的話，衛生條件好，就降低傳染病染疫的風險。那健康的飲食，我攝取的飲食非常均衡，所以我的身體也會比較好。那工作，我有穩定的工作收入，那我就等於說，我如果生病了，或是我有需求，我有收入可以去支應我的醫療費用。因此書中作者就提到，良好的社會決定因素對於健康的幫助，其實比直接提供醫療服務是更大的。

5.2 (5) 道德風險

事前

一個人的行為因有或沒有保險而不同。
例子：防疫險



事後

要求保險人支付多餘的醫療費用。
例子：多住院一晚。



打擊道德風險的策略

- ✓ 共付額(copay)
- ✓ 自負額(deductible)

10

接下來第5個道德風險，道德風險它分成事前的道德風險，跟事後的道德風險。事前的道德風險就是，一個人的行為會不會因為你有保險而有所改變，例如COVID-19期間防疫險，很多民眾可能因為購買了防疫險，他就覺得說，反正我確診了可以領到保險金，他外出在外就比較不會那麼注意自己的防護，造成確診機率提高，就可能造成醫療資源的耗用。

事後的道德風險就是，我有保保險了，我現在去住院，醫生跟我說你現在可以多住院一晚或回家，你自行決定，保險公司跟你說你多住一晚的話，保險有給付，所以你就想說，反正我都保保險了，保險又有給付，那我就決定多住一晚，就是一種醫療資源的浪費。

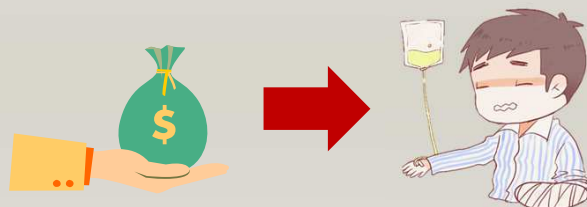
那在書中，作者提出透過共付額以及自付額的方式來打擊道德風險。

5.2 (6)健康保險需求理論

✓ 風險規避和不確定性

✓ 收入移轉

John Nyman於著作*The Theory of Demand for Health Insurance* (2003)



11

接下來第6個有關健康保險的需求理論，書中提到目前傳統的健康保險需求都是來自於風險的規避，以及規避不確定性，不過作者就有提到John Nyman博士在2003年的著作健康保險需求理論，一個新的收入移轉的概念。那這個概念就是透過健康的人繳納保費，然後把這些保費移交到可能因生病而有支付需求的人身上，這是一種從健康的人身上，把收入移轉到因為生病而有經濟需求的人手上的一個收入移轉理論。

5.2 (7)效率

✎ 預期價值=事實，即是**效率**

以「**最適**」的方式花費在每一筆醫療費用

👍 而不一定是**最低價**



		你想要(預期)怎麼做 What you would do it given the money directly	
		多住一晚	回家
你實際做什麼	多住一晚	經濟效率 心想事成，符合預期	無效率 ：道德風險 無須住院治療，浪費資源， (未符合預期)
	回家	無效率 ：不太可能發生 該做的治療(住院)卻沒做 (未符合預期)	經濟效率 心想事成，符合預期。

12

接下來第7個效率，當你的預期跟事實相等的時候就是效率，以最適合的方式去花費每筆醫療費用，但不代表他是最低價。

透過下面這個表，我們來講一個故事，假設現在我可能因為身體不適，去動手術開刀，術後醫生跟我講，高先生你現在術後狀況算還不錯，那你想要再多住一個晚上還是你決定要回家呢？都可以，由你自己做決定。這個時候我就致電給我的保險公司，我的保險公司跟我說，高先生你的條件剛好符合我們目前的承保條約，所以今天如果要多住一個晚上，我們的保險有給付。那這個時候，你預期你想要做的跟你實際做的如果符合，就是我想多住一晚，我事實上也多住一晚，或我想回家，我事實上也回家，就代表我心想事成，符合預期，那就是一個經濟效率的體現。

那如果說，我明明就想要回家，可是事實上我住一晚，因為保險有給付，其實它就是一種道德風險，就是浪費醫療資源的一種體現。另外一個比較特殊的狀況是，我本來想要多住一晚，可是最後我選擇回家，他一樣是一個無效率，不過在現實上為什麼比較少發生，因為如果我要多住一晚，然後保險有給付，我一定就是多住一晚，那為什麼我決定不多住一晚，有可能是你有其他的變因影響到你，所以就變成說他會屬於不太可能會發生，因為他考量了其他的變數。

5.2 (8)資訊不完整和不對稱

- 一般假設消費者是「**理性**」的並且擁有「**完整資訊**」 → **事實**：✘

患者資訊不完整	醫生的資訊不完整
<ul style="list-style-type: none">• 對病情缺乏臨床知識• 不相信醫療結果的可能性• 對治療方法無法確定• 對於要花多少錢??不清楚 等等	<ul style="list-style-type: none">• 不清楚病人對生活品質與壽命的偏好• 不了解患者的社會決定因素• 病人不誠實告知症狀、行為 等等



13

第8個有關資訊的不完整和不對稱，在經濟學中假設消費者都是理性並擁有完整的資訊，因此在做決策，我應該是充滿理性，然後又擁有完整的資訊，可是事實上卻不盡然。尤其在我們醫療照護裡面，像患者可能就對病情缺乏臨床知識，不相信醫療結果，對治療的方法他也不確定，要花多少錢他也不知道；那其實醫生他同樣也面臨相同，他不清楚病人的偏好，也不清楚病人的一些剛剛提到的社會決定因素等等，造成在醫療環境之下，其實常常存在資訊不對稱的狀況。

5.3 基本經濟概念對醫療照護價值評估的潛在涵義



(1) 資訊不對稱會導致無效率

(2) 道德風險可能使資源使用過度或不及

(3) 誘因性的財務補助措施會變相鼓勵詐欺的行為，
及使醫療成本因行政負擔而進一步擴大

14

我們前面第二節的話，透過作者所提的一些醫療基本的8個面向，去討論醫療經濟學的基本概念，那接下來第三節，我們會透過剛剛那8個基本概念的一些細節再繼續去做探討，那我們一一再看下去。

5.3 (1) 資訊不對稱會導致無效率 I

患者



Credence Good
信譽財



直腿抬腿測試-椎間盤突出
A. 正常: 約90度
B. 抬高後疼痛, 角度越低者越嚴重。恢復期越久
C. 隨著狀況改善, 疼痛越少, 抬腿角度越高

• 比較各項治療「價格」的能力



• 了解哪個治療對減緩疼痛最有效



15

第一個資訊不對稱會導致無效率，我們首先透過患者的角度來看，就會提到信譽財這項產品，它是指有一種服務或一種產品，使用者並無法確定或難以瞭解它的效果跟品質，因此他只能透過提供者的告知，或是他人的建議，去跟你說療效如何，就像法律跟醫療服務一樣，因為我是需求者，我不知道該怎麼用，我只能聽醫生跟我講的，或是聽親朋好友跟我講的，因此在醫療這一項服務上面，其實患者存在著很嚴重的資訊不對稱。

有如下面這個案例，假設小花因為下背疼痛決定去看醫生，這時候醫生可能跟她說，先請妳去拍個X光，然後做一些動作檢測，看是哪邊有問題，那這時候可能幫妳做個物理治療，或開一些處方藥要給妳吃。不過小花可能欠缺下面這兩個能力，第一，比較各項治療價格的能力，因為在美國，同一項醫療可能在不同的醫院會有不同的價格，造成她不知道在這間醫院接受的治療，醫生開的這個價格是不是合理的，還是過高；那另外因為小花她欠缺有關醫療上的臨床知識，所以她不知道到底哪一個治療對她是真正有效的，比如說她有做物理治療也有吃藥，那到底下背疼痛的減緩是因為物理治療的功用發揮，還是因為吃止痛藥的藥效發揮，造成她的疼痛減低，她沒有相關的能力去辨別這樣子。

5.3 (1) 資訊不對稱也會導致無效率II

醫生



對患者好的

- 健康飲食
- 適度運動

患者感受

- 限制飲食
- 要求運動



16

那當然資訊不對稱的狀況也發生在醫生身上，例如醫生覺得對患者好的，請患者做健康的飲食、適度的運動，這樣可以有效降低病人急性心血管疾病的發生率，然後對他未來醫療成本的降低也有顯著的效果，不過患者可能只感受到醫生要求我運動、限制我飲食，可是可能患者他有一些相關的顧慮，譬如說他就是因為膝蓋痛，所以他沒辦法長時間的走路散步這種運動，甚至很多運動都沒有辦法做，或是說他本身就是個業務，他常常需要交際應酬，他不可能去交際場合然後不跟人家交陪，就不喝酒這樣子。所以就造成醫生因為不瞭解病人的狀況如何，而造成他開出的治療方針並不一定完全適合病人，就會造成資訊不對稱，導致這個醫療結果是無效率的。

5.3 (2) 道德風險可能使資源使用過度或不及 I



接下來是有關道德風險的使用可能過度或不及，也是會產生醫療資源使用無效率，並且造成社會福利的損失。

在沒有健康保險的狀況之下會產生逆選擇，什麼是逆選擇？假設說健康的人會覺得說，我身體健康，那我為什麼要去參加這個健康保險？因為我可能覺得這個保險費對我來講太高，所以會參加健康保險的人變成都是屬於高風險份子。因為他們本身就是屬於高風險份子，他的發病率高，就會造成保險的資源耗用會更高，因此反而造成保險的經濟壓力更大，或是甚至會經營不下去。

這時候就是透過像全民健保一樣強制納保，將所有人納入健保裡面，造成這個保險池擴大，去降低他的相關風險。

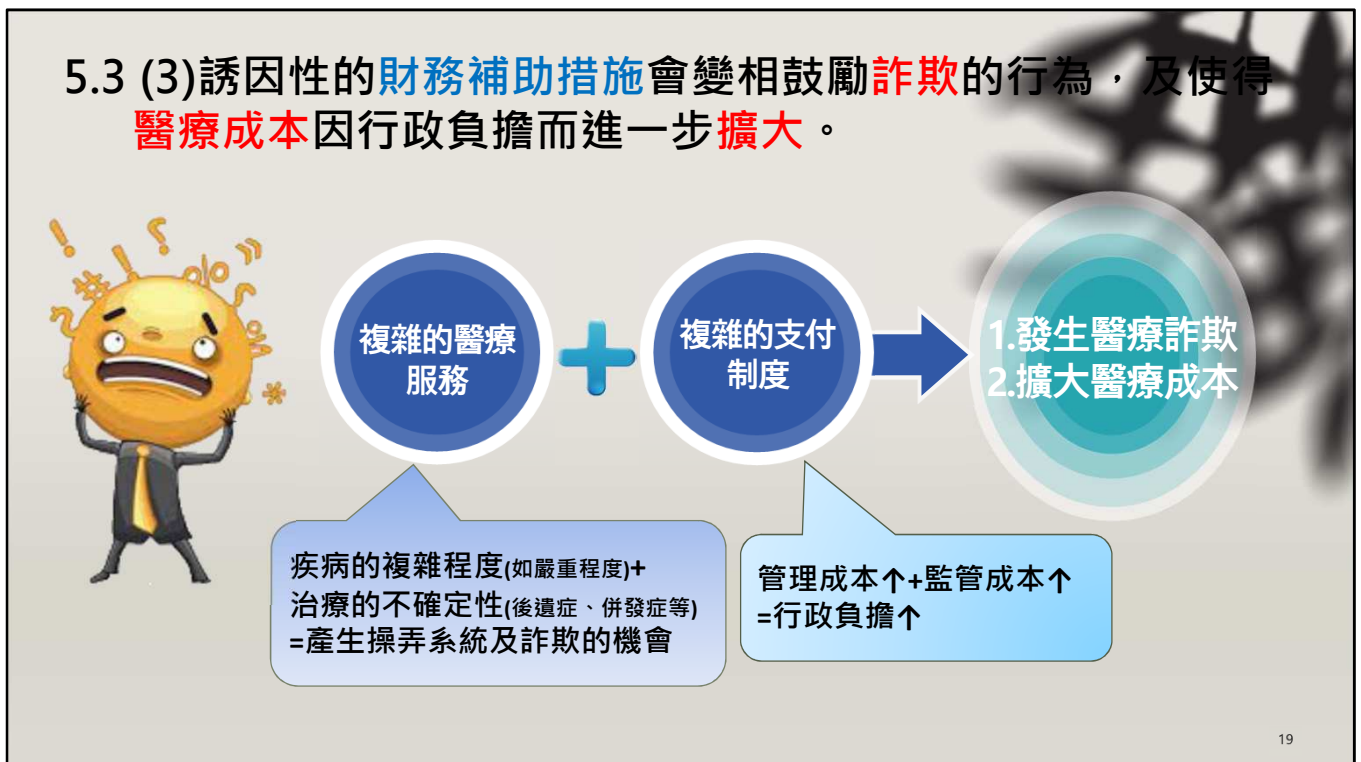
不過有了健康保險，還是會有其他的風險存在，例如從事高風險活動以及多餘的行為，就是我們剛剛所提到的道德風險，也會造成資源使用過度，反而造成的社會福利的損失。然後作者也提到透過自負額及共付額去做因應。

5.3 (2) 道德風險可能使資源使用過度或不及 II



共付額的比例如果過低，其實也會造成民眾對於價格的變化比較無感，而造成醫療價格如果飛漲，他也可能沒有感受。例如下面這個案例，我們可以看到，假設現在有一項醫療本身價格是1千塊，民眾的共付額比例是20%，其實真正負擔價格只有200塊，當醫療價格上漲到了2千塊，其實已經成長了1千塊的醫療價格，民眾一樣在20%的共付額比例之下，只覺得自己費用成長了200塊，他可能就覺得這項價格以前200變400，所以只增加200塊，可是事實上在醫療資源我們的支付上，是花了1千塊。因為有800塊是別人幫他花的，可是他自己不一定知道，所以他覺得說，好像這個東西也沒有多貴，我還是可以繼續用，我就繼續的耗用它，反而造成民眾對於價格的敏感度偏低，就對價格變化較為無感，然後醫療價格可能就會飛漲。

5.3 (3) 誘因性的財務補助措施會變相鼓勵詐欺的行為，及使得醫療成本因行政負擔而進一步擴大。



第三個部分就是誘因性的財務補助措施會變相鼓勵詐欺的行為，及使得醫療成本因行政負擔而進一步擴大。這邊作者提到複雜的醫療服務加複雜的制度，會發生醫療詐欺以及擴大醫療成本，為什麼呢？因為在複雜的醫療服務，因為疾病的複雜程度以及治療的不確定性，假設說現在我進行一項手術，可能這項手術裡面會進行ABC三種處置，可是手術結束了，我要申請保險費用，那我要怎麼申請呢？可能他有一個方案是本身就包含了ABC，那另外一個方案是可以分成AB+C，AB+C的費用可以申請到比較高，因此他可能就會透過這個方式去做申報，那這個狀況有可能只是透過，剛剛這邊提到ABC跟AB+C他就是屬於一個系統操弄，至少都還有做到這方面，那可能有一些不肖業者，他就會因為這個狀況，他去做一些他根本就沒有做的醫療行為，這就是詐欺的行為。

因應上面這些相關的操弄系統及詐欺，就會產生管理成本跟監管成本，因為支付系統太過複雜，需要更多的人力來協助你管理支付系統，那因為有詐欺的產生，所以你也需要派出人力來監管這個社會、這個體系，以免產生詐欺，就會造成你行政負擔上升，然後你的醫療成本就會跟著上漲。

5.4 總結



20

最後總結的部分，作者透過他在第二節提出的這8個面向，來探討經濟學應用在醫療體系的照護價值的定義以及評估。那作者也有提到，因為現實的社會更加複雜，並沒有單一的經濟概念可以一體適用於現實的社會之中，不過這些想法跟概念，其實也提供我們一個思考的基礎，提供一個框架讓我們去對於未來醫療照護的價值如何評估、如何使用去做發想。

心得分享-1

醫療資源有限
「商保補位健保」
個人效用最大化

全民健保

商業保險



21

那最後我分享一些自己的心得，因為其實講到經濟學，他其實就是一個資源有限，然後如何去分配跟如何去運用的社會科學。就像我們的全民健保，畢竟健保的資源有限，他不可能服務到每個人的需求，像一些癌症患者，因為他的醫療費用大，單純靠健保支應他所有的醫療費用是不現實的，因為一旦再把癌藥的費用提高，一定會壓縮到其他醫療支付的部分，因此透過商保補位健保，希望在健保的框架之下，有商保去補足，讓民眾可以依自己的需求去選擇他適合的其他商業保險，達成個人效用的最大化。

心得分享-2

解決資訊不對稱問題

醫療品質
資訊公開

全民健康保險醫療品質資訊公開網



激勵院所共同
努力提升品質

方便民眾
查詢

供民眾做
就醫參考

22

接下來是解決病人的資訊不對稱問題，我們署內目前已經有做一個全民健康保險醫療品質資訊公開網，民眾也可以透過健保app去做查詢，以及供他做就醫的參考。因為醫療品質資訊的公開，也可以激勵院所去共同努力的提升品質。

心得分享-3

健保詐欺零容忍

違造不實

竄改

更換

異常

健保署主動訪查

民眾協助檢舉



持續打擊不法
杜絕詐領健保行為

接下來就是健保詐欺零容忍，署長也一直在跟我們說，要杜絕一切的不法行為，不管是偽造不實的就醫紀錄，或是竄改手術的給付、更換醫材標籤，或是民眾在境外的異常紀錄，其實健保署都已經會透過相關的異常紀錄去主動訪查，或是民眾也可以透過他健保app發現自己的就醫資料可能有異，他也可以主動去檢舉，因此我們可以持續的打擊不法，去杜絕詐領健保的行為。

心得分享-4



調整「部分負擔」

- 使用者付費
- 珍惜醫療資源
- 推動分級醫療

24

最後就是有關調整部分負擔，像我們除了目前積極推動調整部分負擔，其實也是希望可以建立民眾一個使用者付費的概念，然後落實分級醫療，讓民眾更加珍惜醫療資源。因為畢竟健保是一個很好的政策，讓大家都有辦法去看醫生，然後照顧好自己的身體，希望健保可以長長久久的陪大家走下去，以上就是我的報告，感謝大家的聆聽，謝謝。



感謝聆聽
敬請指導