

S_1	S_2	S_3	S_4
0,28	0,42	0,1	0,2

Также, анализ промежуточных результатов показал, что при найденных значениях концептов показатель экономического эффекта увеличился на 0,005, показатель производительности снизился на 0,0035.

4. Выводы

1. Разработанная когнитивная модель позволяет выполнять исследование неструктурированных ситуаций и определять эффективную конфигурацию ИС в условиях ограниченных ресурсов и с учетом прямых и косвенных затрат.

2. Разработанная математическая модель выбора конфигурации ИС дает возможность проводить количественное исследование влияния факторов и концептов друг на друга, а также определять структуру ИС с учетом соотношения «затраты/эффект».

Литература

1. Авдеева, К., Коврига, С. В., Макаренко, Д. И. Когнитивное моделирование для решения задач управления слабоструктурированными системами (ситуациями) // УБС. - 2007. - 16. – стр. 26–39.
2. Кузнецов, О.П., Кулинич, А.А., Марковский, А.В. Анализ влияний при управлении слабоструктурированными ситуациями на основе когнитивных карт // Человеческий фактор в управлении / Под ред. Н.А. Абрамовой, К.С. Гинсберга, Д.А. Новикова. – М.: КомКнига, 2006. – С. 313–344.
3. Митус, К.Н. Выбор метода оценки эффективности информационных технологий с помощью определения уровня организационной зрелости корпорации // Вісник СевНТУ: зб. наук. пр. Випуск 109/2010. Серія: Економіка і фінанси. – Севастополь, 2010. – 98 с.

УДК 005.8:005.41

МОДЕЛЬ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА ЛЕЧЕБНОГО ПРОЕКТА

В. А. Рач

Доктор технических наук, профессор, заведующий кафедрой*

Заслуженный деятель науки и техники Украины
Контактный тел.: (0642) 47-22-34, 095-681-79-14
E-mail: valentine.rach@iu

Султан Масауд

Аспирант*

Контактный тел.: 095-438-22-26

*Кафедра управления проектами и прикладной статистики
Восточноукраинский национальный университет
имени Владимира Даля
ул. Тухачевского, 11, корп. 12, г. Луганск, Украина, 91034

Розроблена графічна модель життєвого циклу лікувального проекту. Встановлені характерні фази, етапи і розкрита полістратегічна сутність лікувального проекту

Ключові слова: лікувальний проект, життєвий цикл, стратегічна сутність

Разработана графическая модель жизненного цикла лечебного проекта. Установлены характерные фазы, этапы и раскрыта полистратегическая сущность жизненного цикла лечебного проекта

Ключевые слова: лечебный проект, жизненный цикл, стратегическая сущность

The life cycle graphic model of medical project is developed. Peculiar phases, stages are set and polystrategic essence of the curative project is exposed

Keywords: medical project, life cycle, strategic essence

Постановка проблемы и выделение нерешенной ее части

Как показано в работе [1], оказание любой медицинской услуги (лечение) можно рассматривать как проект.

Однако с практической точки зрения только определенную часть медицинских услуг нужно рассматри-

вать как проект. В качестве критерия целесообразно принять уровень уникальности медицинской услуги. Это не запрещает и другие, менее уникальные виды услуг рассматривать как проекты. В этом случае подход к лечению (проектный или функциональный) должен осознанно выбирать сам пациент. На сегодня проектный подход к оказанию медицинских услуг находится на начальной стадии. Сегодня культура

пациентов и врачей не располагает к внедрению проектного подхода в лечении [2]. Поэтому отсутствуют разработанные в теории и проверенные на практике инструменты.

Как и любой класс проектов, лечебные проекты имеют свою модель жизненного цикла. Формализованное представление таких моделей авторами не найдено. А без единого согласованного понимания жизненного цикла лечебного проекта медицинским персоналом (в первую очередь врачами) и пациентами невозможно обеспечить эффективное управление процессом лечения.

Цель

Разработать модель жизненного цикла для класса «лечебные проекты», которая учитывала бы специфику реализации данных проектов.

Изложение основного материала

О важности понимания и правильного выбора модели жизненного цикла проекта свидетельствует накопленный опыт в области разработки программного обеспечения информационных систем. С точки зрения разработанности теории жизненного цикла, это одно из самых передовых направлений деятельности. Сегодня существует около 10 разновидностей стратегий жизненных циклов, которые используются при создании ПО. Среди них наиболее часто встречаются такие:

- последовательная стратегия (водопадная, каскадная модель, автор У. Ройс, 1970г.). Она применяется наиболее часто в случаях, когда понятны и четко определены границы между фазами.

- эволюционная стратегия (итерационная, инкрементальная модель, автор Т. Гилб, 70-е гг.) При ее реализации происходит снижение неопределенности и инкрементальное расширение функциональности создаваемого продукта проекта.

- спиральная стратегия (спиральная модель,

автор Б. Бозм, 1988 г.). Она основанная на классическом цикле Демминга, отличается повышенным вниманием к рискам, представленным в TOP-10. Большая часть рисков связана с организационными и процессными аспектами взаимодействия специалистов в проектной команде. Используют ускоренное прототипирование в жизненном цикле, что позволяет увидеть продукт на ранних этапах жизненного цикла.

- стратегия иерархического (многоуровневого) управления (М-модель, начало XXI ст.). В ней четко определены три уровня управления (руководитель проекта, проектный офис/управляющий комитет, руководство компании), задействованные на протяжении всего жизненного цикла проекта.

Выбор жизненного цикла (фаз и связей между ними) определяется спецификой проекта, его окружением, ограничениями. От того, какой будет выбран жизненный цикл проекта, во многом зависит его успешность.

В основу модели жизненного цикла лечебного проекта (ЖЦЛП) положен существующий традиционный подход к организации лечения. Т.е., предполагается, что переход на проектный подход сохранит те этапы и фазы, которые сегодня фактически реализуются, но эксплицитно четко не представлены. Для изображения ЖЦЛП используется подход для изображения графических образов, применяемый в РМВОК [3].

По своей сути разработанная модель ЖЦЛП относится к адаптивному типу моделей, т.к. ее реализация не ставит оптимизацию выше адаптации [4]. Такой подход отвечает существующей сегодня организационной культуре лечения. Врачи отвергают

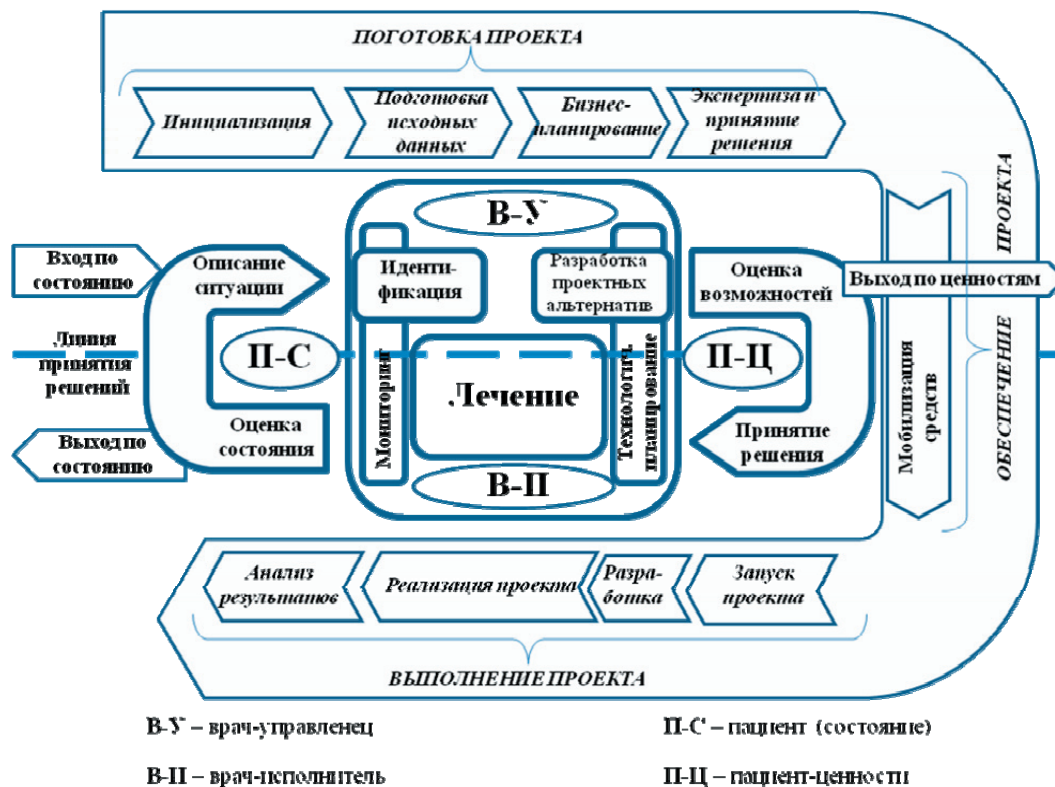


Рис. 1. Модель жизненного цикла лечебного проекта

детальное планирование, но принимают и «схватывают» изменения в ходе лечения. Но, с другой стороны, модели присуща такая особенность спиральной концепции, как принятие решения по завершению проекта не только после завершения определенного цикла лечения («выход по состоянию» на рис. 1), но и после оценки возможных стратегий дальнейшего развития лечебного проекта («выход по ценностям» на рис. 1).

При этом модель ЖЦЛП предполагает, что после каждой стадии лечения пациент будет выходить с запланированным улучшением состояния здоровья. А достижение конечного результата (полного выздоровления или максимально возможной степени выздоровления) происходит пошагово через реализацию дополнительных возможностей, которые возникают после каждой стадии лечения. В сочетании с тем, что в начале проекта, как со стороны заказчика (пациента), так и со стороны исполнителя (врача) имеются четкие видения того, что собой должен представлять конечный результат, эти характеристики предлагаемого ЖЦЛП соответствуют инкрементной стратегии (англ. increment - увеличение, приращение).

Как следует из анализа перечисленных особенностей ЖЦЛП, с позиции существующей классификации стратегии, он является полистратегическим.

В силу специфики лечебных проектов, в них врач выполняет две роли: менеджера (управленца) и практика (исполнителя). Кроме того, заказчик (пациент) участвует в управлении проекта путем принятия стратегических решений (в терминологии работы [5, с. 61-63]). При этом, в зависимости от этапа реализации проекта, он принимает их по разным критериям: ценностным критериям после этапа бизнес-планирования, и результативным критериям после этапа реализации (очередной стадии лечения).

Выводы и направления дальнейших исследований

Наличие большого числа отличительных особенностей предложенной модели жизненного цикла лечебных проектов свидетельствует о том, что лечебные проекты можно и нужно рассматривать как отдельный класс проектов. Появление управленческой роли у врача и фазы экспертизы и принятия решений пациентом предполагает необходимость применения соответствующего инструментария. На сегодняшний день такой инструментарий не обнаружен. Причина состоит в отсутствии теоретических исследований и научно обоснованных рекомендаций по его разработке. Именно этому необходимо посвятить дальнейшие исследования.

Литература

1. Масауд Султан. Классификация медицинских проектов как основа определения компетенций проектных менеджеров / Султан Масауд // Управління проектами та розвиток виробництва: Зб. наук. праць. – Луганськ: вид-во СНУ ім. В. Даля, 2010. - №4(36). – С. 152-156.
2. Масауд Султан. Предпосылки применения проектно-ориентированного подхода в лечебной практике / Султан Масауд // Збірник наукових праць СНУ ім. В.Даля: матеріали роботи секції «Управління інноваційним розвитком вищого навчального закладу та інших компонентів соціально-економічної системи регіону в умовах глобалізації та економіки знань» XVI науково-практичної конференції «Університет і регіон: проблеми сучасної освіти» (Луганськ, 26-27 жовтня 2011 р.) – Луганськ: вид-во СНУ ім. В.Даля. – 2011. – С.92-93.
3. Руководство к Своду знаний по управлению проектами (четвертое издание РМВОК®) Project Management Institute, Inc. 2008. [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.amazedev.com/files/PMBOK_exposure_draft.pdf.
4. Арчибальд Рассел. Модели жизненного цикла высокотехнологических проектов. [Электронный ресурс] / Рассел Арчибальд. Режим доступа: <http://manager.net.ua/content/view/552/52/>.
5. Рач В.А. Управління проектами: практичні аспекти реалізації стратегій регіонального розвитку: навч. посіб. / В.А. Рач, О.В. Россошанська, О.М. Медведєва; за ред. В.А. Рача. – К.: «К.І.С.», 2010. – 276 с.