



EUROPEAN CONFERENCE

Conference Proceedings

III International Scientific and Practical Conference
«Science and society: interdisciplinary horizons»

September 21–23, 2026
Stockholm, Sweden

SCIENCE AND SOCIETY: INTERDISCIPLINARY HORIZONS

Abstracts of III International Scientific and Practical Conference

Stockholm, Sweden
(September 21 – 23, 2026)

UDC 01.1

ISBN – 979-8-90553-911-4

The III International scientific and practical conference «Science and society: interdisciplinary horizons», September 21 – 23, 2026, Stockholm, Sweden, 294 p.

Text Copyright © 2026 by the European Conference (<https://eu-conf.com/>).

Illustrations © 2026 by the European Conference.

Cover design: European Conference (<https://eu-conf.com/>).

© Cover art: European Conference (<https://eu-conf.com/>).

© All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced, distributed, or transmitted, in any form or by any means, or stored in a data base or retrieval system, without the prior written permission of the publisher. The content and reliability of the articles are the responsibility of the authors. When using and borrowing materials reference to the publication is required. Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine and from neighboring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

The recommended citation for this publication is: Siechniak V., Yarmolska O. Formation and maintenance of cereal crop collections based on the introduction of genetic material and the identification of economically valuable traits under the conditions of the Southern Steppe of Ukraine. Abstracts of III International Scientific and Practical Conference. Stockholm, Sweden. Pp. 11-13.

URL: <https://eu-conf.com/en/events/science-and-society-interdisciplinary-horizons/>

TABLE OF CONTENTS

AGRICULTURE		
1.	Siechniak V., Yarmolska O. FORMATION AND MAINTENANCE OF CEREAL CROP COLLECTIONS BASED ON THE INTRODUCTION OF GENETIC MATERIAL AND THE IDENTIFICATION OF ECONOMICALLY VALUABLE TRAITS UNDER THE CONDITIONS OF THE SOUTHERN STEPPE OF UKRAINE	11
2.	Зеленянська Н.М., Мавров В.Г., Рябий М.І. ВПЛИВ ІМК-ВМІСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПРОЛІФЕРАЦІЮ ТА РИЗОГЕНЕЗ ІНІЦІАЛЬНИХ ЕКСПЛАНТІВ ВИНОГРАДУ IN VITRO	14
ARCHITECTURE, CONSTRUCTION		
3.	Бістуріс Є., Ковтун О. ЗАСТОСУВАННЯ МОДУЛЬНИХ ТА ПРЕФАБРИКОВАНИХ КАРКАСНИХ СИСТЕМ У ШВИДКОМУ ВІДНОВЛЕННІ ЖИТЛОВОГО ФОНДУ УКРАЇНИ	18
4.	Галушко В.О., Уваров Д.Ю., Уварова А.С. ПОЄДНАННЯ АВТЕНТИЧНИХ МЕТОДІВ, ВІМ І РОБОТОТЕХНІКИ В ОЗДОБЛЮВАЛЬНИХ РОБОТАХ	21
5.	Купін В.В. КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СУМІСНОСТІ У СТРУКТУРІ БАГАТОФУНКЦІОНАЛЬНОГО ЖИТЛОВОГО КОМПЛЕКСУ	25
6.	Купін В.В. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИЗНАЧЕННЯ МЕЖ МІСТОБУДІВНОГО ВПЛИВУ БАГАТОФУНКЦІОНАЛЬНОГО ЖИТЛОВОГО КОМПЛЕКСУ	27
7.	Любич В.В. ПРОСТОРОВА ДОСТУПНІСТЬ УКРИТТІВ ЯК СКЛАДОВА БЕЗПЕКИ МІСЬКОГО СЕРЕДОВИЩА	29
8.	Печененко О.В. ПРОСТОРОВА ПОЛЯРИЗАЦІЯ ЛАНДШАФТУ ЯК МЕХАНІЗМ ФОРМУВАННЯ СТАЛИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЕЛЕМЕНТІВ	34

9.	Рокіта Д.І., Цепур Є.О., Войцехівська О.В. ЦИФРОВЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЖИТТЄВОГО ЦИКЛУ МІСЬКОГО ЛАНДШАФТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДІВ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ	38
10.	Цепур Є.О. ЕКСПРЕСІОНІЗМ ЯК КОНЦЕПТУАЛЬНА ОСНОВА ФОРМУВАННЯ ІММЕРСИВНОГО ЛАНДШАФТНОГО ПРОСТОРУ	42
ART		
11.	Довгань О.З. ФУНКЦІЯ ПЕДАГОГА У ФОРМУВАННІ ОБРАЗНО- ХУДОЖНЬОЇ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ СТУДЕНТОМ-СКРИПАЛЕМ: АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	46
12.	Копилов Є.М., Федосенко М.Б. МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРИНЦИПИ ФОРМОУТВОРЕННЯ В СУЧАСНОМУ ДИЗАЙНІ: СИНТЕЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОСТІ, КОНСТРУКЦІЇ ТА ЕСТЕТИКИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ОСВІТІ	51
13.	Леонець Я.В. ПРИХОВАНІ ЕКЗИСТЕНЦІЙНІ ВТРАТИ В УКРАЇНСЬКОМУ ЖИВОПИСІ ДРУГОЇ ПОЛОВИНИ ХХ СТ	54
COMPUTER SCIENCE		
14.	Rudnikova V. ABSTRACTIONS IN C++: DOES HIGH-LEVEL CODE REALLY COMPILE TO OPTIMAL MACHINE INSTRUCTIONS?	58
15.	Азарний Д.І. ВПЛИВ ПОСЛІДОВНОСТІ ПІДГОТОВКИ ЗОБРАЖЕНЬ НА ПОМИЛКИ ДЕТЕКТОРА ДИПФЕЙКІВ	60
16.	Мещеряков О.А. ПОРІВНЯННЯ BATCH NORMALIZATION І GROUP NORMALIZATION ДЛЯ КЛАСИФІКАЦІЇ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ	63
ECONOMICS		
17.	Darushin O. ECONOMIC FACTORS INFLUENCING THE WATER TRANSPORT LOGISTICS SYSTEM & INFRASTRUCTURE IN THE EVENT OF SECURITY THREATS	66

18.	Mirsaidova S. A DUAL-INDEX FRAMEWORK FOR SEPARATING CONJUNCTURAL AND OPERATIONAL EFFICIENCY IN COMMODITY-EXPOSED ENTERPRISES	70
19.	Tajibaev B.A. SYSTEM OF INDICATORS FOR ASSESSING THE EFFICIENCY OF RESOURCE MANAGEMENT IN AGRICULTURE OF KARAKALPAKSTAN	73
20.	Бондаренко Н.М., Майко Д.В. ЗОВНІШНІЙ І ВНУТРІШНІЙ КОНТРОЛЬ ПЛАТНИКІВ ПОДАТКІВ: ВЗАЄМОДІЯ ТА НАПРЯМИ РОЗВИТКУ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ ТА ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ	78
21.	Курицький В.С. РОЗВИТОК СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ У КОНТЕКСТІ МОДЕРНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО- ТРУДОВИХ ВІДНОСИН	82
22.	Левковська Л.В., Колмакова В.М. ФІСКАЛЬНІ ІНСТРУМЕНТИ В СИСТЕМІ ЕКОНОМІЧНОГО МЕХАНІЗМУ АДАПТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ЕКОСИСТЕМНИМИ ПОСЛУГАМИ УКРАЇНИ	87
23.	Пилипенко Т.В. ГРАНТОВЕ ФІНАНСУВАННЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕХАНІЗМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДНОВЛЕННЯ АГРАРНОГО СЕКТОРУ УКРАЇНИ	93
24.	Сирський О., Семененко Л., Тарасов О. АНАЛІЗ НАУКОВИХ ПІДХОДІВ ДО ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ВОЄННОЇ БЕЗПЕКИ ДЕРЖАВИ, СТРАТЕГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЕКОНОМІКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ	98
25.	Соломко Д.В. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ДОБІР ІНСТРУМЕНТІВ ПІДТРИМКИ МАЛОГО ПІДПРИЄМНИЦТВА НА СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЯХ	102
EDUCATION		
26.	Egamberdiyev O.A. ISSUES IN DEVELOPING THE PROFESSIONAL COMPETENCE OF FUTURE TEACHERS: THE EXPERIENCE OF GERMANY AND UZBEKISTAN	105

27.	Khrychov S., Slobodniuk R., Zhurba Z. EUROPEAN INTEGRATION OF UKRAINIAN HIGHER EDUCATION IN THE CONTEXT OF ESG 2027	109
28.	Tursunov A.Y. PEDAGOGICAL MECHANISMS FOR USING DIGITAL EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN TEACHING THE COURSE “FOUNDATIONS OF NATIONAL EDUCATION”	114
29.	Valiyev J.S.U. DEVELOPING SELF-MONITORING AND REFLECTIVE ASSESSMENT SKILLS IN STUDENTS’ SPORTS AND HEALTH- ENHANCING ACTIVITIES	119
30.	Бацман О.С. МЕТОДОЛОГІЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В СОЦІАЛЬНІЙ СФЕРІ	125
31.	Братковська А.В., Худієнко Ю.О., Бакланова О.Л. ФОРМУВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ЗАСОБАМИ ЦИФРОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ У ДИСТАНЦІЙНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ	130
32.	Жукова А. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СФОРМОВАНOSTІ ПАТРІОТИЗМУ КУРСАНТІВ У ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ: ПІДХОДИ, КРИТЕРІЇ ТА ДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ	134
33.	Крамська З.М., Пащенко М.І., Федоров М.В. КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ	137
34.	Курдюк В., Хоменко О. ЕЛЕМЕНТИ ПІДГОТОВКИ КУРСАНТІВ (СТУДЕНТІВ) НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ ВНУТРІШНІХ СПРАВ З ОСНОВ НАЦІОНАЛЬНОГО СПРОТИВУ	144
35.	Малашевська І.В., Науменко М.О., Павлюк Н.М. ВОКАЛЬНО-ХОРОВА ПІДГОТОВКА ЯК СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ ВЧИТЕЛЯ МУЗИЧНОГО МИСТЕЦТВА	149

36.	Паньок Т., Заболотна Ю. ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ УКРАЇНСЬКИХ ПІДЛІТКІВ У ПОЛІКУЛЬТУРНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗА КОРДОНОМ ЗАСОБАМИ ЛЯЛЬКИ-МОТАНКИ	153
37.	Парфьонова І.І., Зінченко О.І. ТРАНСФОРМАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ НОВОЇ БЕЗПЕКОВОЇ РЕАЛЬНОСТІ	158
38.	Фомічова Н.М. ОСНОВИ ТВОРЧОГО РОЗВИТКУ ХУДОЖНИКІВ – ЖИВОПИСЦІВ	161
GEODESY		
39.	Портянко Т., Волонтир А. ГЕОІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ	163
JURISPRUDENCE		
40.	Rabbi S.M. KANAANI DIPLOMACY™: AN AMERICAN-LED FRAMEWORK FOR INTERNATIONAL COOPERATION, CULTURAL RELATIONS AND THE RECOVERY OF A RARE LIVING HERITAGE	168
41.	Veresha R. INTENT IN THE MECHANISM OF CRIMINALLY UNLAWFUL MOTIVATION	172
42.	Yusupova S.Y.Q. JINOYATCHILIKNI RAQAMLI MONITORING QILISH VA PROGNOZLASHTIRISHDA RIVOJLANGAN DAVLATLAR (AQSH, BUYUK BRITANIYA) TAJRIBASI	175
43.	Белікова С.О. ЕКОНОМІЧНІ ВИКЛИКИ НА ШЛЯХУ ВСТУПУ УКРАЇНИ ДО ЄС	179
44.	Моргун І.О., Морей Т.В. НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ ПІДХІД ДО ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНА "РОЗВІДУВАЛЬНО-ПІДРИВНА ДІЯЛЬНІСТЬ"	183

45.	Павлович-Сенета Я.П. СТАНОВЛЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІЦІЇ В УКРАЇНІ: ОСНОВНІ ЕТАПИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ	189
46.	Троценко В.О., Горіславська І.В. ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВІ НАСЛІДКИ ПОРУШЕННЯ УМОВ АГРАРНИХ ДЕРИВАТИВНИХ КОНТРАКТІВ: ДЕФОЛТУ ПОСТАЧАЛЬНИКА ТА НЕВІДПОВІДНОСТІ ЯКОСТІ ПРОДУКЦІЇ	193
MANAGEMENT		
47.	Baieva O., Myronchuk A. THEORETICAL AND METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF ORGANIZATIONAL CULTURE FORMATION IN MEDICAL INSTITUTIONS	196
48.	Бездітко О.Є. КОРПОРАТИВНЕ УПРАВЛІННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНА ПОВЕДІНКА В СИСТЕМІ МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВА: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК І НАПРЯМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ	202
49.	Волинець Л.М., Янішевський А.А., Волинець Я.Є. СТРАТЕГІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЛОГІСТИЧНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ОРГАНІЗАЦІЙ І ОРГАНІЗАЦІЙНИХ МЕРЕЖ В УМОВАХ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ	205
50.	Котлубай В.О. ЦИФРОВА ТРАНСФОРМАЦІЯ УПРАВЛІНСЬКИХ ПРОЦЕСІВ МАЛОГО І СЕРЕДНЬОГО БІЗНЕСУ	209
51.	Красноштан О., Буреш Ф. СТРУКТУРНІ ДИСФУНКЦІЇ ЗАЛІЗНИЧНОЇ ТРАНСПОРТНОЇ СИСТЕМИ В ПРОЦЕСІ ЄВРОІНТЕГРАЦІЇ ТА ПРИНЦИПИ УПРАВЛІННЯ НИМИ	213
52.	Кібік О.М. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІНВЕСТИЦІЙНИХ СТРАТЕГІЙ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ ЕКОНОМІЧНИХ СИСТЕМ В УМОВАХ НЕСТАБІЛЬНОСТІ	217
53.	Новицька Т. СУПЕРВІЗІЯ В ПУБЛІЧНІЙ СФЕРІ: МІЖДІСЦИПЛІНАРНІ НАУКОВІ ПІДХОДИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	220

54.	Слободянюк О.В. УПРАВЛІННЯ ГРОШОВИМИ ПОТОКАМИ СУБ'ЄКТА ГОСПОДАРЮВАННЯ В УМОВАХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ	224
MARKETING		
55.	Бубенець І.Г., Олініченко К.С., Глєбова Н.В. УДОСКОНАЛЕННЯ КОМУНІКАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ ПІДПРИЄМСТВА СФЕРИ МАРКЕТИНГОВИХ І СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УМОВАХ ЦИФРОВОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ	227
MEDICINE		
56.	Petulko A. UROGENITAL CHLAMIDIOSIS IN PREGNANT WOMEN – MODERN MANAGMENT	233
57.	Мігуш С.В., Погребняк Л.А. ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ПРЕДИКТОРИ РЕЦИДИВУ АКНЕ ПІСЛЯ СИСТЕМНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗОТРЕТИНОЇНОМ: РОЛЬ КУМУЛЯТИВНОЇ ДОЗИ ПРЕПАРАТУ	236
58.	Мінаков О.А., Погребняк Л.А. ЗАСТОСУВАННЯ 5-ФТОРУРАЦИЛУ В ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ	239
59.	Пипа Л.В., Лисиця Ю.М., Одарчук І.В. ДЕРМАТОЛОГІЧНІ МАСКИ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ	242
PHILOLOGY		
60.	Мельничук Ю. СТИЛІСТИЧНІ ЗАСОБИ В АНГЛОМОВНИХ ТЕКСТАХ К-РОП ПІСЕНЬ ЯК ІНСТРУМЕНТ ВПЛИВУ НА ГЛОБАЛЬНУ АУДИТОРІЮ	247
61.	Назаренко Т. НОВІ РИСИ СУЧАСНОГО АНГЛІЙСЬКОГО КРИМІНАЛЬНОГО РОМАНУ ПОЧАТКУ ХХІ СТОЛІТТЯ	250
PHILOSOPHY		
62.	Madaminov B.S. DETERMINANTS OF STUDENT-ATHLETE MOTIVATION: GENDER, AGE, AND CULTURE	253

PSYCHOLOGY		
63.	Кінь О., Нечаєв О., Темний О. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ВОЄННОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ З УРАХУВАННЯМ ОЦІНОК ВПЛИВУ ПРОГНОЗОВАНИХ КОГНІТИВНИХ ЗАГРОЗ	258
64.	Прудка Л.М. ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ УРАЗЛИВОСТІ ОСІБ ДО СУЧАСНИХ ШАХРАЙСЬКИХ ВПЛИВІВ	262
SOCIOLOGY		
65.	Колесніков О.Р. PAPER COMPLIANCE ЯК РЕЖИМ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДОНОРСЬКОЇ ПІДЗВІТНОСТІ	268
TECHNICAL SCIENCES		
66.	Nebozhak I.A., Doroshenko V.S., Derev'yanko O.V. MICROSTRUCTURE OF GRAY CAST IRON ALLOYED WITH DISPERSED FERROCHROMIUM	272
67.	Shmidt V.P. FACTORS STIMULATING AND LIMITING THE EFFICIENCY OF GAS SUPPLY SYSTEMS	278
68.	Добровольський Ю., Коваль В., Ярмольчик М. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РОЗВИТКУ ТЕОРІЇ ПОБУДОВИ Й АНАЛІЗУ МАТЕМАТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ БОЙОВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЧАСТИН (ПІДРОЗДІЛІВ) БЕЗПІЛОТНИХ СИСТЕМ	280
69.	Каспрівський Д., Полотай О. СИГНАТУРНИЙ АНАЛІЗ ШКІДЛИВОГО ПРОГРАМНОГО КОДУ В СИСТЕМАХ ЗАХИСТУ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ МЕРЕЖ	284
70.	Солодовник Г.В. АВТОМАТИЗАЦІЯ ВИЗНАЧЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО РОЗМІРУ ФОНДУ РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВА	290

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF ORGANIZATIONAL CULTURE FORMATION IN MEDICAL INSTITUTIONS

Baieva Olena,
DSc, Full Professor
PHEE «Kyiv Medical University»

Myronchuk Anastasia,
second-year student in the
"Management of Medical Institutions"
master's program
PHEE «Kyiv Medical University»

The formation, reproduction, and transformation of organizational culture within the healthcare system are governed by specific dynamics that fundamentally distinguish this process from similar practices in the corporate sector (such as industry, finance, or the IT sector). The unique status of medical institutions stems from the ontological nature of their activities—specifically, their direct engagement with the fundamental concepts of human life, health, and death. This imposes a profound level of moral-ethical, civil-legal, and societal responsibility upon the institution's social system.

While in classical business management organizational culture primarily acts as a driver of commercial efficiency and margin optimization, in medicine it is a fundamental factor determining clinical outcomes, the accuracy of the diagnostic process, the minimization of medical errors (defects in care delivery), and the overall safety of the hospital environment.

The ethical-deontological imperative, serving as the axiological core of culture, is a fundamental determinant of a medical institution's organizational culture. The foundation of the deep level of a medical institution's culture (according to E. Schein) lies in the centuries-old tradition of medical ethics, bioethics, and deontology. The principles of the Hippocratic Oath, concepts of humanism, the preservation of medical confidentiality, and the imperative "Primum non nocere" ("first, do no harm") shape enduring mental models of behavior among medical staff. This professional identity defines a specific type of motivation: for the physician, clinical success (the patient's recovery) takes precedence over the organization's economic indicators [1-3].

However, the current stage of healthcare development in Ukraine—marked by reform and the mass transformation of hospitals into municipal non-profit enterprises—has created an institutional trap. The shift to a funding model administered by the National Health Service of Ukraine (NHSU), based on the principle that "money follows the patient," requires hospital management to implement market-oriented tools: calculating the cost of medical services, monitoring bed-days, optimizing staffing levels, and competing for patient flow.

Consequently, cognitive dissonance arises within the organizational culture: physicians often perceive administrative demands regarding economic viability, the completion of electronic records, and adherence to financial limits as a threat to deontological values and a restriction of their clinical autonomy. Thus, a key task of modern medical management is the convergence of traditional medical ethics and the rational economic mindset of a non-profit enterprise.

Modern legislation often fails to keep pace with the rapid changes occurring in the field of biomedicine. Consequently, many practices involving the implementation of cutting-edge medical technologies operate in a "gray zone," outside clearly defined regulatory frameworks. This creates risks for both healthcare professionals and patients, as the absence of a regulatory foundation can lead to ethical conflicts, abuses, or a loss of trust in the healthcare system.

Against this backdrop, the ethical awareness of key participants in medical processes—physicians (including dentists), researchers, and patients—takes on particular significance. For practicing physicians, it is essential not only to adhere to the principles of medical deontology but also to possess the capacity for ethical reasoning amidst uncertainty. Researchers, in turn, must recognize the social implications of their discoveries and ensure that ethical standards are upheld in their scientific work. Equally important is the active role of patients as participants in the medical process. Providing informed consent for experimental or innovative treatments requires a high level of risk awareness; this, in turn, obliges medical institutions to ensure that information regarding new technologies is accessible, understandable, and transparent [3].

Adherence to the principles of informed consent for medical intervention serves as the foundation for the ethical-deontological imperative within organizational culture [4].

The fundamental principles of medical intervention are set forth in the Law of Ukraine "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare" [5], according to which:

- physicians are required to employ methods of prevention, diagnosis, and treatment, and are authorized to use medicinal products approved by the Ministry of Health of Ukraine;

- medical intervention (the application of diagnostic, preventive, or treatment methods involving an impact on the human body) is permitted only if it does not cause harm to the patient's health;

- medical intervention involving a risk to the patient's health is permitted as an exception in cases of acute necessity, where the potential harm from the diagnostic, preventive, or treatment methods is less than the harm expected if the intervention were refused, and where it is impossible to eliminate the danger to the patient's health by other means.

Diagnostic, preventive, or treatment methods involving risk are deemed permissible if they meet modern, scientifically grounded standards, are aimed at averting a real threat to the patient's life and health, are applied with the consent of the patient (who has been informed of potential adverse effects), and the physician takes

all measures appropriate in such circumstances to prevent harm to the patient's life and health.

Patient safety culture—as opposed to a "blame culture"—is a key determinant of a healthcare facility's organizational culture.

Safety culture represents a specific and critically important dimension of organizational culture in healthcare. Medical practice takes place amidst high levels of uncertainty and risk. According to systems analysis concepts (specifically, James Reason's "Swiss Cheese" model) [6], most adverse events and medical errors result not from individual professional negligence, but from the cumulative effect of latent systemic failures in process organization (such as communication gaps, logistical breakdowns, or staff fatigue).

Domestic healthcare facilities have historically been dominated by a punitive organizational culture, or "blame culture" [7]. Under this framework, a specific individual is identified as responsible for any given incident and subjected to administrative or disciplinary sanctions. The consequences of such a culture include:

- the concealment (latent handling) of errors and "near-misses" by medical staff;
- the falsification and distortion of medical records for self-protection;
- the blocking of feedback channels and the prevention of a systemic analysis of the root causes of errors.

Modern healthcare institutions face the urgent task of transforming the punitive model into a "Just Culture" (or "Safety Culture") [8-9]. Its essence lies in creating a psychologically safe, intersubjective environment where staff are motivated to openly report errors and systemic flaws, knowing that the administration will focus on fixing the system rather than on punitive measures against the individual [10-11].

In the 21st century, global and domestic medicine are undergoing a fundamental paradigm shift: a transition from a paternalistic model of organizational culture to a patient-oriented (patient-centered) one.

This transformation requires restructuring the entire value system of the medical institution:

- The patient ceases to be a passive object of clinical procedures and becomes an active, full-fledged participant in the treatment process, whose psychological comfort, as well as religious, cultural, and personal values, are respected by the institution.

- The physician's role transforms from that of a dogmatic authority figure (a "god in a white coat") into that of a highly qualified expert-consultant who engages in an open dialogue with the patient, sharing responsibility for the choice of treatment regimen (the concept of Shared Decision Making) [12].

- The concept of "Patient Experience"—encompassing the totality of a person's touchpoints with the hospital (ranging from the cleanliness of restrooms and the courtesy of the receptionist to the physician's empathy)—is being integrated into the framework for evaluating hospital performance [13].

Patient-centeredness is a modern healthcare approach that structures medical care around an individual's specific needs, values, cultural background, and personal preferences. At its core, this approach transforms the patient from a passive recipient of medical procedures into an equal partner with the physician and an active participant

in the treatment process. Within the patient-centered model, the focus shifts from an abstract diagnosis to the actual person—considering their unique life context, emotional state, and social connections. This is achieved by respecting patient autonomy and the right to make informed choices, providing complete, clear, and transparent information about health status, and—with the patient's consent—actively involving family or loved ones in treatment and rehabilitation. Medical staff provide not only high-quality clinical care but also foster an atmosphere of psychological and physical comfort, demonstrating empathy while minimizing pain and reducing patient anxiety. This approach is endorsed by the World Health Organization (WHO) and is being actively implemented in Ukrainian medical practice (notably enshrined in the Law on Rehabilitation in Healthcare); evidence shows that a partnership-based interaction that values the patient's input significantly enhances treatment effectiveness, accelerates recovery, and improves the individual's overall quality of life. Implementing a patient-centered culture requires healthcare facility management to make significant investments in developing staff "soft skills"—such as anger management, nonviolent communication, empathetic listening, and conflict de-escalation techniques. The facility's performance begins to be evaluated not by aggregate hospitalization figures, but by metrics such as the Net Promoter Score (NPS) and patient satisfaction with medical services [14].

For over twenty centuries, clinical paternalism (derived from the Latin «pater», meaning "father") dominated medicine. Established in antiquity by Hippocrates, this approach was rooted in the principle of beneficence: the physician held exclusive knowledge, made all decisions, and acted as a stern yet caring father figure, while the patient was expected to submit unquestioningly and follow instructions. With the advancement of science in the 19th and 20th centuries, the biomedical model emerged. While this model made medicine highly effective, it also led to its dehumanization; the focus shifted to the pathology, the organ, or the cell, causing physicians to "treat the disease rather than the person." In this system, the patient remained merely a passive object of observation.

A fundamental shift occurred in the second half of the 20th century. During the 1960s and 1970s, against the backdrop of the rising human rights movements in the US and Europe, modern bioethics emerged, championing the principle of individual autonomy and the right of a person to make decisions regarding their own body. Another major impetus was the rise of patient activism in the 1980s and 1990s—particularly among HIV/AIDS and breast cancer patient groups—who began actively demanding access to information, transparency in clinical trials, and direct participation in medical decision-making. It was in the early 1990s that the concept of "patient-centered care" was officially formulated in the United States. Having witnessed the tremendous results, the World Health Organization (WHO) recognized patient-centeredness at the turn of the millennium as the primary vector for the development of global healthcare systems in the 21st century, thereby permanently transforming the patient's role from a passive subject lacking agency into a key ally of the medical team [15].

Thus, the organizational culture of a healthcare institution is a complex, heterogeneous, and institutionally strained system. Managing the development of this system is a priority task for the institution, as—without a transformation of staff mindsets and values—any technological or financial reforms are doomed to ineffectiveness.

References

1. Yevtushenko I. V. Formation of the deontological culture of future physicians during professional training. **Bulletin of Taras Shevchenko National University of Luhansk**. 2021. No. 3 (341). P. 112–119.
2. Levchyk O. I., Savchenko I. P., Hoshchynskyi P. V., Stakhurska I. O., & Volkov R. K. Modern approaches to the formation of deontological culture and professional ethics among future physicians. *Academic Visions*. 2026. No. 53. <https://doi.org/10.66556/2786-586X.53.levchyk-o>
3. Fedirko A. M. Definitional analysis of the concept of deontological culture among future dentists. *Pedagogical Academy: Scientific Notes*. 2025. Issue 18. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15454042>
4. Baieva O.V. Ethical and legal principles of healthcare management. In: *Healthcare Management: A Study Guide*. Kyiv: Center for Educational Literature, 2008, pp. 503–550.
5. Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare. Law of Ukraine. Bulletin of the Verkhovna Rada of Ukraine (VVR), 1993, No. 4, Art. 19) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
6. Khatri N., Brown G. D., Hicks L. L. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Management Review*. 2009. Vol. 34, No. 4. P. 312–322
7. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing, 1997. 264 p.
8. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing, 1997. 264 p.
9. Marx D. *Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives*. New York: Columbia University; Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. 52 p.
10. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 7th ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2020. 370 p.
11. Surveys on Patient Safety Culture (SOPS): Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 / Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2019. URL: ahrq.gov
12. Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. . Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 2012. №7(10), P. 1361–1367.
13. Patient experience in adult NHS services : Quality standard [QS15]. London : National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2012. Updated June 2021. URL: nice.org.uk

14. International Organization for Standardization. (2023). Healthcare organization management — Quality management systems in healthcare organizations — Requirements (ISO Standard No. 7101:2023). [iso.org](https://www.iso.org)
15. Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and meta-analysis / Roberts BW et al. PLoS One. 2021. 16(3). P. e0247259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247259>