

Michał Walczewski

Uczelnia Łazarskiego; e-mail: mic.walczewski@gmail.com.pl

 <https://orcid.org/0009-0006-3213-7652>

Efektywność zamówienia publicznego na ubezpieczenie podmiotu leczniczego

Effectiveness Public Procurement of Insurance for Healthcare Institutions

Streszczenie

Artykuł ma charakter oryginalnej pracy poświęconej efektywności zamówienia publicznego w procedurze udzielenia zamówienia publicznego na ubezpieczenia podmiotów leczniczych. Zasada efektywności jest nową zasadą sformułowaną w prawie zamówień publicznych. Zgodnie z jej treścią udzielenie zamówienia powinno się odbyć w sposób zapewniający najlepszą jakość oraz uzyskanie najlepszych efektów w ramach posiadanych środków. Wszelkie działania zamawiającego powinny być prowadzone przez pryzmat ogólnych zasad Prawa zamówień publicznych, w tym zasady zachowania uczciwej konkurencji i równego traktowania wykonawców, które stanowią fundament zasady efektywności. Efektywność zamówienia wyraża się w sporządzeniu analizy potrzeb i wymagań zamawiającego. Starannie sporządzona analiza stanowi punkt wyjściowy prawidłowego opracowania warunków zamówienia i uzyskania odpowiedniej efektywności zamówienia. Zamawiający musi także we właściwy sposób oszacować zamówienie i dokonać podziału na części w zależności od specyfiki zamówienia, tj. rodzajów kontraktowanych ubezpieczeń. Konieczny jest także wybór odpowiedniego trybu postępowania, przy czym dla kontraktowania usług ubezpieczenia często preferowane powinny być tryby negocjacyjne. Celem przeprowadzonych analiz jest zbadanie elementów postępowania wpływających bezpośrednio na efektywność w postępowaniach na udzielenie zamówienia publicznego w zakresie ubezpieczenia podmiotów leczniczych oraz możliwych do podjęcia działań zamawiających w celu jej zwiększenia. Zasięg badań obejmuje podmioty lecznicze i ubezpieczycieli działających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w okresie od rozpoczęcia obowiązywania ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych. Powyższa tematyka nie jest szeroko poruszona w orzecznictwie i doktrynie, co wpływa pozytywnie na oryginalność wyników i znaczną wartość poznawczą.

SŁOWA KLUCZOWE: prawo zamówień publicznych, ubezpieczenia majątkowe, podmiot leczniczy

Summary

The article is an original study dedicated to the efficiency of public procurement in the procedure of awarding insurance contracts for healthcare institutions. The principle of efficiency is a new principle formulated in public procurement law. According to its content, the award of a contract should take place in a manner that ensures the best quality and provides the best results within the resources available. All actions of the Contracting Authority should be carried out through the prism of the general principles of the Public Procurement Law, including the principle of fair competition and equal treatment of contractors, which are the foundation of the principle of efficiency. Efficiency of the procurement is expressed in the preparation of the Analysis of Needs and Requirements of the Procuring Entity. A carefully drafted analysis is the starting point for the proper drafting of the terms and conditions of the contract and for achieving adequate contract efficiency. The contracting authority must also properly estimate the contract and divide it into parts depending on the specifics of the contract, i.e. the types of insurance to be contracted. It is also necessary to choose an appropriate procedure, with negotiated procedures often preferred for contracting insurance services. The aim of the research is to examine the elements of the procedure that directly affect efficiency in public procurement procedures for insurance of healthcare institutions, as well as possible actions to be taken by Contracting Authorities to increase it. The scope of the research includes healthcare institutions and insurers operating on the territory of the Republic of Poland since the commencement of Public Procurement Law of 11 September 2019. The above mentioned subject has not been widely addressed in jurisprudence and doctrine, which positively influences the originality of the results and is of significant cognitive value.

KEYWORDS: public procurement law, property insurance, healthcare institutions

Wprowadzenie

Przepisy prawa nie zawierają definicji „podmiotu leczniczego”. Zostało ono jednak wypracowane w doktrynie prawa medycznego poprzez określenie go jako jednostki organizacyjnej, przybierającej ustawowo wskazane formy organizacyjne w zakresie wykonywanej przez nią działalności leczniczej (Budzisz, 2018, s. 390). Podmioty lecznicze – w zależności czy mają charakter publiczny czy niepubliczny – mogą pozostawać zobligowane do stosowania ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320; dalej: ustawa Pzp), jak i być wyłączone z obowiązku udzielania zamówień w jej reżimie. Jednakże w zasadzie wszystkie podmioty lecznicze o charakterze publicznym będą podlegały reżimowi ustawy Pzp, przy czym elementem kluczowym dla tej kwalifikacji będzie rodzaj podmiotu tworzącego podmiot leczniczy.

Podmioty lecznicze kontraktują ubezpieczenia w zakresie mienia, odpowiedzialności cywilnej i ubezpieczeń komunikacyjnych. Uzupełniająco zawierane są umowy na specjalistyczne ubezpieczenia, spośród których warto wymienić: ubezpieczenia karno-skarbowe oraz ubezpieczenia budowlano-montażowe (tzw. CAR/EAR – *Contractors All Risk* – ubezpieczenia wszystkich ryzyk budowy,

a także EAR – *Erection All Risk* – ubezpieczenia wszelkich ryzyk montażu). Procedura udzielenia zamówienia publicznego na ubezpieczenie podmiotu leczniczego może być przeprowadzana i przygotowywana samodzielnie przez podmiot leczniczy bądź we współpracy z brokerem ubezpieczeniowym.

Celem niniejszego artykułu jest zbadanie elementów postępowania wpływających bezpośrednio na efektywność w postępowaniach na udzielenie zamówienia publicznego w zakresie ubezpieczenia podmiotów leczniczych oraz możliwych do podjęcia działań zamawiających w celu jej zwiększenia.

1. Zasada efektywności

Nowa ustawa Pzp wprowadziła, obok istniejących, zasadę efektywności. Sformułowano ją w art. 17 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy Pzp, zgodnie z którym zamawiający udziela zamówienia w sposób zapewniający najlepszą jakość dostaw, usług oraz robót budowlanych, uzasadnioną charakterem zamówienia, w ramach środków, które może przeznaczyć na jego realizację oraz uzyskanie najlepszych efektów zamówienia, w tym efektów społecznych, środowiskowych i gospodarczych, o ile którykolwiek z tych efektów jest możliwy do uzyskania w danym zamówieniu, w stosunku do poniesionych nakładów. W doktrynie podnosi się, że podstawowym celem zamówienia publicznego jest prawidłowe i efektywne wydatkowanie środków publicznych (Nowicki, 2019, s. 139–140). Powyższy przepis nakłada zatem na zamawiających nakaz przeprowadzenia prawidłowej analizy oraz oszacowania i starannego przygotowania procedury przed jej wszczęciem, co było uprzednio elementem dobrej praktyki (Andała-Sępkowska, Bereszko, 2021, s. 137–138), ale nie obowiązującą zasadą. Pośrednio skutkiem wprowadzenia zasady efektywności są obowiązki sporządzenia analizy potrzeb i wymagań zamawiającego przed wszczęciem postępowania jako kluczowego elementu jego przygotowania, a także raportu z wykonania umowy – stanowiącego z kolei rozliczenie i weryfikację zarówno przebiegu wykonania umowy, jak i prawidłowości ustaleń poczynionych w trakcie sporządzania analizy potrzeb i wymagań zamawiającego.

2. Analiza potrzeb i wymagań zamawiającego

Obowiązek sporządzania analizy potrzeb i wymagań zamawiającego został skonkretyzowany w art. 83 ustawy Pzp. Zgodnie z powyższą normą, zamawiający publiczny, przed wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia, dokonuje analizy potrzeb i wymagań, uwzględniając rodzaj i wartość zamówienia. Należy przy tym zwrócić uwagę na użyte przez ustawodawcę sformułowanie „Zamawiający publiczni”, które odwołuje się do art. 4 ustawy Pzp. Konsekwencją powyższego jest brak obowiązku sporządzania analizy przez zamawiających sektorowych. Obowiązek sporządzania analizy nie ma także zastosowania do zamówień w dziedzinie obronności i bezpieczeństwa.

Analizę potrzeb i wymagań zamawiającego należy obligatoryjnie sporządzić przed wszczęciem procedury unijnej. Przepisy ustawy Pzp nie zabraniają jednak sporządzenia analizy także dla zamówienia krajowego, a dobre praktyki wskazują na zasadność przeprowadzenia analizy efektywności przed przeprowadzeniem jakiegokolwiek procedury o udzielenie zamówienia publicznego.

W przypadku gdy w postępowanie zaangażowany jest broker ubezpieczeniowy, warto wspomnieć, że zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1214) ma on obowiązek sporządzenia analizy potrzeb klienta, która ma określić – na podstawie uzyskanych od klienta informacji – wymagania i potrzeby zamawiającego oraz podać w zrozumiałej formie obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym w celu umożliwienia klientowi podjęcia świadomej decyzji. Wnioski płynące z analizy potrzeb klienta powinny być zatem komplementarne z analizą potrzeb i wymagań zamawiającego, a ewentualne rozbieżności ustalone i rozwiązane jeszcze przed wszczęciem postępowania.

Istotny jest także fakt, iż art. 83 ustawy Pzp nie reguluje formy, w jakiej ma zostać sporządzona analiza. Jednakże dla celów dowodowych, zachowując zasadę pisemności postępowania (Szustakiewicz, 2007, s. 182), a także, by uprawdopodobnić, że analiza została przeprowadzona starannie, wskazane jest sporządzenie jej w formie osobnego dokumentu (Krzyżanowski, 2021, s. 7–8).

Celem analizy jest takie przygotowanie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, aby w maksymalnym stopniu zrealizować zasadę efektywności (Nowicki, 2019, s. 285). Analiza dotyczy tego, jakie należy podjąć działania, aby zaspokoić potrzebę zamawiającego, a zatem:

- jakiego rodzaju rozwiązanie wypełni zidentyfikowaną lukę bądź braki we własnych zdolnościach zamawiającego,
- jak w opinii zamawiającego powinno być skonstruowane to rozwiązanie,

- jakie mechanizmy kontraktowania, w tym tryb postępowania, ewentualny podział zamówienia na części, okres trwania umowy, analiza ryzyk związanych z tym procesem i inne elementy będą miały wpływ na zrealizowanie tych działań.

Choć obligatoryjne dokonanie analizy potrzeb i wymagań zamawiającego nie jest przewidziane w dyrektywach Unii Europejskiej (UE), to jednak ustawodawca polski zdecydował się na wprowadzenie obowiązku jej sporządzenia w celu ugruntowania zasad niezbędnych dla sprawnego funkcjonowania państwa prawa, tj. przejrzystości i jawności finansów publicznych, których konsekwencją jest wydatkowanie środków publicznych w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów (Zaborowska, 2020, s. 28–29).

Ustawa Pzp określa w art. 83 ust. 2–3 elementy, które powinny znaleźć się w analizie, przy czym art. 83 ust. 2 ustawy Pzp stanowi katalog otwarty, a zatem może obejmować szerszą materię niż regulowana ustawowo. Ustawodawca wskazał, że w analizie należy rozważyć możliwość zaspokojenia potrzeb z wykorzystaniem zasobów własnych, a także rozeznac rynek w aspekcie alternatywnych środków zaspokojenia zidentyfikowanych potrzeb zamawiającego bądź w aspekcie możliwych wariantów realizacji zamówienia. W przypadku jakiegokolwiek podmiotu leczniczego prowadzącego postępowanie na ubezpieczenia majątkowe nie jest efektywnym ekonomicznie zaspokojenie jego zidentyfikowanych potrzeb z wykorzystaniem zasobów własnych, tj. poprzez samodzielne utworzenie funduszu środków finansowych na pokrycie skutków możliwych szkód, zwłaszcza takich, które prowadzą do uszkodzenia lub zniszczenia znacznej części majątku. Jeśli doszłoby do zdarzeń katastroficznych zamawiający nie będzie bowiem w stanie samodzielnie sfinansować takiej straty, co może wpłynąć na zdolność prowadzenia przez niego dalszej działalności. Rozeznanie rynku prowadzi natomiast do jedynej efektywnej ekonomicznie konkluzji, że zaspokojenie potrzeb ubezpieczeniowych zamawiającego jest możliwe poprzez transfer konsekwencji finansowych ryzyk, na które narażony jest zamawiający, na podmiot zewnętrzny, natomiast dostępną dla zamawiającego formą powyższego transferu jest zakup usługi ubezpieczenia.

Artykuł 83 ust. 3 ustawy Pzp zawiera elementy obligatoryjne, które zamawiający jest zobowiązany uwzględnić w analizie, takie jak: orientacyjna wartość zamówienia dla każdego wariantu realizacji zamówienia, możliwość podziału zamówienia na części, przewidywany tryb udzielenia zamówienia, możliwość uwzględnienia aspektów społecznych, środowiskowych lub innowacyjnych zamówienia oraz ryzyka związane z postępowaniem o udzielenie i realizacją zamówienia.

Podkreślenia wymaga fakt, iż ustawodawca nie przewidział sankcji w przypadku niedokonania analizy. Zamawiający powinien jednak sporządzić ją przed wszczęciem postępowania w swoim dobrze rozumianym interesie, ponieważ jej wykonanie pozwala na prawidłowe przygotowanie dokumentów zamówienia i przeprowadzenie przemyślanych zakupów ze środków publicznych.

Ze względu na stosunkowo szerokie i płynne sformułowania ustawodawcy, dotyczące zakresu przedmiotowego analizy, zamawiający nieposiadający doświadczenia w sporządzaniu analizy efektywności zamówienia powinni opierać się na publikacjach objaśniających tę materię, spośród których kluczowy wydaje się poradnik Urzędu Zamówień Publicznych (UZP): *Wskazówki dla zamawiających publicznych do opracowania analizy potrzeb i wymagań w świetle nowego Prawa zamówień publicznych* (Urząd Zamówień Publicznych [UZP], 2024), jak i publikacja Komisji Europejskiej: *Wytyczne dla osób odpowiedzialnych za udzielanie zamówień publicznych dotyczących unikania najczęstszych błędów popełnianych w projektach finansowanych z europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych* (Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej, 2018).

3. Prawidłowe oszacowanie wartości zamówienia

Ustalenia szacunkowej wartości dokonuje się z należytą starannością, zgodnie z art. 28 ustawy Pzp. Dokonanie prawidłowego oszacowania wartości zamówienia rodzi doniosłe konsekwencje: szacunkowa wartość zamówienia ma bowiem wpływ nie tylko na zastosowanie do postępowania przepisów ustawy Pzp bądź wejście w próg „krajowy” czy „unijny”, ale także na takie elementy procedury jak kwota wadium czy kwota, od której zamawiający będzie badał rażąco niską cenę w ofertach złożonych przez wykonawców. Zgodnie z art. 35 ust. 4 ustawy Pzp, jeżeli zamówienie obejmuje usługi ubezpieczeniowe, wartością zamówienia jest należna składka oraz inne rodzaje wynagrodzenia.

Przepisy nowej ustawy Pzp, podobnie jak w przypadku uchylonej ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm.), nie konkretyzują sposobu obliczania wartości zamówienia, wskazując jedynie na generalne zasady, które należy zachować, w ramach których zawiera się: sporządzenie szacunkowej wartości zamówienia z należytą starannością, nie wcześniej niż trzy miesiące przed dniem wszczęcia postępowania dla usług i dostaw, z uwzględnieniem maksymalnego zakresu planowanego zamówienia, w tym opcji i wznowień.

Należyta staranność przy szacowaniu wartości zamówienia należy rozumieć, stosownie do art. 355 § 1 Kodeksu cywilnego (Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.), jako staranność ogólnie wymaganą w stosunkach danego rodzaju (Stręciwilk, 2020). Jeżeli szacowanie nie jest sporządzane przez pracownika zamawiającego, ale brokera ubezpieczeniowego, to należy od niego oczekiwać, jako od profesjonalisty, wyższego standardu staranności przy sporządzaniu szacowania niż od osoby nieposiadającej wiedzy specjalistycznej. Oszacowanie wartości zamówienia na usługę ubezpieczenia dla podmiotu leczniczego jest zwykle sporządzone w oparciu o szkodowość danego podmiotu leczniczego, składniki majątkowe będące przedmiotem zamówienia i ich specyfikę, dotychczasowe wydatki poniesione na ubezpieczenia będące przedmiotem zamówienia, a także wydatki ponoszone przez podmioty lecznicze na analogiczne zamówienia wraz z uwzględnieniem tendencji panujących w danym okresie czasu na rynku ubezpieczeń.

Osobną kwestię stanowi sumowanie zamówienia w przypadku podziału na części, które są przeprowadzane w osobnych procedurach. Możliwa do wyobrażenia jest bowiem sytuacja, w której okresy ubezpieczenia podmiotu leczniczego dla danych rodzajów ubezpieczeń będą się różnić, przykładowo: koniec okresu ubezpieczenia mienia nastąpi w pierwszym kwartale roku, natomiast odpowiedzialności cywilnej – w trzecim. W wielu analogicznych przypadkach należy mieć na uwadze, że zamówienia tego samego rodzaju w danym roku budżetowym powinny ulegać sumowaniu, szczególnie że w przypadku usług ubezpieczenia zamawiający z dużym wyprzedzeniem czasu może zaplanować przeprowadzenie procedury i rzadko występuje sytuacja pilnej potrzeby udzielenia zamówienia (Micha, 2022, s. 61). Uwzględnianie usług w danym roku budżetowym nie jest jednak regułą, ważne są natomiast okoliczności faktyczne, w których było ono udzielane (Micha, 2022). Do każdego przypadku należy zatem podchodzić indywidualnie, mając przy tym na uwadze dyrektywę określoną w opinii UZP, zgodnie z którą w przypadku szacowania wartości przedmiotu zamówienia należy uwzględniać trzy rodzaje tożsamości: przedmiotową, podmiotową i czasową (UZP, 2022). W tym kontekście stanowisko UZP jest komplementarne z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego (NSA) z dnia 25 lutego 2021 r. (Wyrok NSA, 2021, I GSK 233/18).

Kwestią dyskusyjną jest, czy należy sumować ze sobą różne rodzaje ubezpieczeń, np. ubezpieczenie mienia i ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. W istocie, o ile krąg wykonawców na ubezpieczenia jest odmienny, to zamawiający na etapie wszczynania postępowania nie może mieć całkowitej pewności, czy dany ubezpieczyciel będzie składał oferty wyłącznie na ubezpieczenia mienia

czy odpowiedzialności cywilnej. W efekcie kryterium przedmiotowe i czasowe może być różne, lecz zawsze pozostanie wątpliwość w zakresie kryterium podmiotowego.

Szacunkowa wartość zamówienia powinna uwzględniać największy możliwy zakres zamówienia. Z tego względu prawidłowo przygotowane szacowanie wartości zamówienia na usługę ubezpieczenia powinno zawierać w sobie wszystkie planowane wydatki na ubezpieczenie danego rodzaju, w tym planowane uzupełnienie ubezpieczenia, o którym zamawiający wie już na etapie przygotowywania postępowania (jak chociażby kończące się inwestycje budowlane, które trzeba ubezpieczyć po oddaniu ich do użytku, ale jeszcze w okresie trwania umowy ubezpieczenia), prawo opcji czy zamówienia podobne. W interesie zamawiającego, zwłaszcza gdy orientacyjna wartość zamówienia, określona już w analizie potrzeb i wymagań zamawiającego (zazwyczaj w oparciu o budżet danej jednostki, stanowiący później podstawę do sporządzenia planu zamówień publicznych na dany rok) przekroczyła progi unijne, jest jak najszersze określenie zakresu planowanej usługi, aby nie narazić się na zarzuty nieprawidłowo sporządzonego szacowania oraz problemy pojawiające się w przypadku konieczności zwiększenia zakresu umowy ubezpieczenia. Warto przy tym nadmienić, że obowiązek zamawiającego uwzględnienia wszystkich elementów objętych zamówieniem, przekładających się na wynagrodzenie wykonawcy, został także wyraźnie wyartykułowany w linii orzeczniczej Krajowej Izby Odwoławczej (KIO), m.in. w wyroku KIO z dnia 9 listopada 2021 r. (Wyrok KIO, 2021, KIO 3194/21).

4. Właściwy podział zamówienia na części

Rynek wykonawców na usługi ubezpieczenia podmiotów leczniczych ma w zasadzie charakter zamknięty. Oznacza to, że określona część wykonawców składa oferty na dany rodzaj ubezpieczenia. Należy przy tym podkreślić, że w przypadku ubezpieczeń mienia liczba wykonawców składających w postępowaniu oferty jest o wiele liczniejsza niż w przypadku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego. W przypadku tego drugiego rodzaju ubezpieczeń, w chwili opracowywania niniejszego zagadnienia, na rynku ofertowało zaledwie dwóch wykonawców, konsekwencją czego było *de facto* mierzenie się zamawiających z duopolem.

Co do zasady, znaczna część podmiotów leczniczych uwzględnia w opisie przedmiotu zamówienia obowiązkowe ubezpieczenie podmiotu leczniczego (OC „obowiązkowe”), dobrowolne nadwyżkowe ubezpieczenie podmiotu leczniczego

(OC „medyczne”) oraz ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzoną działalnością i posiadaniem mienia (OC „niemedyczne”). Istotnym faktem jest, że na OC „niemedyczne”, w przeciwieństwie do specjalistycznych ubezpieczeń dla podmiotów leczniczych, którymi są OC „obowiązkowe” i OC „medyczne”, ofertę składa większy krąg wykonawców.

Paradoksalnie podobna sytuacja obowiązuje na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych dla podmiotów leczniczych, gdzie oferty również składa niewielka grupa wykonawców, co jest w tym wypadku związane z dużymi flotami drogich i wyspecjalizowanych pojazdów (karetki i inne pojazdy ratownicze). Niebagatelne znaczenie ma tutaj również szkodowość ze względu na fakt, że pojazdy ratujące życie często biorą udział w kolizjach i wypadkach.

W efekcie opisanego powyżej ukształtowania rynku wykonawców, jeżeli zamawiający udziela zamówienia w częściach, musi dokonać podziału we właściwy sposób, aby uzyskać taką liczbę ofert, która pozwoli zachować ich konkurencyjność. Z uwagi na powyższe ustalenia zamawiający nie powinien łączyć części dotyczącej ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu medycznego z ubezpieczeniem mienia. W ten sposób uzyska bowiem oferty jedynie od dwóch dużych ubezpieczycieli, nie otrzymując ofert od wykonawców, których działalność sprofilowana jest na ubezpieczenia mienia. Zamawiający powinien także wystrzegać się łączenia części dotyczących ubezpieczeń komunikacyjnych z częściami dotyczącymi mienia czy odpowiedzialności cywilnej, ponieważ może to spowodować, że nie otrzyma ofert w ogóle. Podobnie nie powinno się łączyć typowych rodzajów ubezpieczeń, jak ubezpieczenia mienia czy odpowiedzialności cywilnej, z ubezpieczeniami specjalistycznymi, takimi jak: D&O, CAR/EAR czy Cyber. Te rodzaje ubezpieczeń są bowiem ofertowane przez zakłady ubezpieczeniowe, które często nie składają ofert na ubezpieczenia mienia i OC. W konsekwencji, przy takim podziale zamówienia, w postępowaniu najprawdopodobniej nie wpłyną żadne oferty.

Osobną kwestię stanowi także metoda podziału na ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zamawiający może połączyć w jedną część wszystkie trzy rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej kontraktowane przez podmioty lecznicze bądź rozdzielić je na osobne części. W tym pierwszym przypadku ryzykuje, że straci możliwość potencjalnego uzyskania tańszych ofert dla poszczególnych rodzajów ubezpieczenia OC. Nadmierne rozdrobnienie zamówienia może jednak przynieść skutek odwrotny od zamierzonego. Trzeba mieć na uwadze, że stopień komplikacji przy obsłudze trzech umów ubezpieczenia OC może przewyższyć ewentualne korzyści ekonomiczne. Składka na OC „medyczne” i „niemedyczne” stanowi bowiem ułamek kosztów obowiązkowego

ubezpieczenia podmiotu leczniczego. Jednakże w przypadku podziału zamówienia na trzy rodzaje OC może nastąpić sytuacja, w której zamawiający zakontraktował ubezpieczyciela odpowiadającego za szkody medyczne do łącznej sumy 500 000 euro, kolejnego, który będzie likwidował szkody powyżej tej sumy, a także jeszcze innego wykonawcę odpowiadającego w przypadku szkód nie pochodzących z błędu medycznego. Praktyczna realizacja tak skonstruowanego zamówienia stanowi duże wyzwanie dla podmiotów leczniczych i z tego względu jest rzadko stosowana. Z tych samych powodów wątpliwy wydaje się podział zamówienia w ramach ubezpieczenia mienia podmiotu leczniczego, w szczególności w przypadku mienia ruchomego, nawet jeżeli jest to mienie znacznej wartości, jak chociażby tomograf komputerowy.

Trzeba przy tym pamiętać, że w przypadku braku podziału zamówienia na części, zamawiający, zgodnie z art. 91 ust. 2 ustawy Pzp, ma obowiązek uzasadnić brak podziału. Zgodnie z dyrektywą 2014/24/UE (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylająca dyrektywę 2004/18/WE, tekst jedn. Dz. Urz. UE L 98 z 28.03.2014, s. 65–242 z późn. zm.) motywy, którymi powinien się kierować, to: ograniczenie konkurencji będące wynikiem podziału na części, nadmierne koszty realizacji, nadmierne trudności techniczne oraz potrzeba skoordynowania działań, która w przypadku podziału na części zagrażałaby prawidłowej realizacji całości zamówienia.

W usłudze ubezpieczenia brak podziału może być najczęściej uzasadniany faktem, iż przedmiot zamówienia jest niepodzielną na części usługą, a w ocenie zamawiającego, ze względów technologicznych i wykonawczych, nie ma możliwości podzielenia niniejszego zamówienia na części. Podobnie w przypadku, gdy przedmiot zamówienia jest jednorodny i może być bez przeszkód zrealizowany przez jednego wykonawcę, a dzięki temu, że nie zostanie on podzielony na odrębne zamówienia (mniejsze katalogi ubezpieczeń lub odrębne ubezpieczenia), możliwe będzie osiągnięcie efektu skali i podpisanie umowy na korzystniejszych warunkach. Brak podziału jest również uzasadniony w przypadku, o którym wspomniano wcześniej, tj. gdy podział zamówienia na części mógłby powodować trudności organizacyjne dla zamawiającego oraz rodziłaby się potrzeba skoordynowania działań różnych wykonawców realizujących poszczególne części zamówienia, co mogłoby skutkować nieprawidłową realizacją zamówienia, a w konsekwencji także doprowadzić do trudności w dochodzeniu roszczeń i likwidacji szkód.

Warto w tym kontekście dodać, że zgodnie z orzecznictwem KIO (np. wyrok KIO z dnia 5 kwietnia 2022 r., KIO 685/22) intencją ustawodawcy, co do zasady,

jest wskazanie, iż zamówienia udziela się całościowo, a tylko w wyjątkowych sytuacjach, związanych ze specyfiką danego zamówienia, ustawodawca dał uprawnienie zamawiającemu do podzielenia zamówienia na części. W tym kontekście należy także podać wyrok KIO z dnia 2 lutego 2017 r. (Wyrok KIO, 2017, KIO 2373/16), w którym również uznano, że bezwzględny obowiązek podziału zamówienia na części nie istnieje oraz wyrok KIO z dnia 30 czerwca 2016 r. (Wyrok KIO, 2016, KIO 1032/16), utrzymany w mocy przez Sąd Okręgowy w Częstochowie wyrokiem z dnia 21 września 2016 r. (Wyrok SO w Częstochowie, 2016, VI Ca 665/16), gdzie sąd wskazał, że zamawiający nie ma obowiązku tak ułożyć zamówienia, aby umożliwić złożenie oferty znacznej liczbie podmiotów, musi jednak uwzględniać w danych realiach rynkowych zasadę uczciwej konkurencji, w szczególności w przypadku, gdy brak podziału zamówienia na części faworyzowałby dotychczasowego wykonawcę i ograniczałby innym wykonawcom możliwość rywalizowania o przedmiotowe zamówienie. Jak słusznie wskazuje UZP we *Wskazówkach dla zamawiających publicznych do opracowania analizy potrzeb i wymagań w świetle nowego Prawa zamówień publicznych*:

[...] decyzja o ewentualnym podziale zamówienia na części lub o odstąpieniu od jego podziału musi uwzględniać rozważenie wszystkich aspektów związanych z realizacją zamówienia, wpływających na możliwość jego wykonania w najbardziej efektywny sposób. Jest to realizacja koncepcji „inteligentnego Zamawiającego”, ponieważ decyzja o podziale zamówienia na części wymaga nie tylko znajomości specyfiki realizacji przedmiotu zamówienia, lecz również wiedzy o strukturze rynku dla niego właściwego (UZP, 2024).

Konsekwencją powyższych rozważań jest wniosek, że najbardziej efektywnym jest następujący podział zamówienia:

- ubezpieczenie mienia,
- obowiązkowe OC podmiotu leczniczego, OC „medyczne” i „OC niemedyczne”,
- ubezpieczenia komunikacyjne,
- kolejne osobne części na ubezpieczenia specjalne, jak D&O, CAR/EAR, Cyber etc., w zależności od potrzeb zamawiającego.

Ustalając podział zamówienia na ubezpieczenie podmiotu leczniczego należy mieć na uwadze, że zachowanie jak największej konkurencyjności wśród wykonawców leży w istotnym interesie zamawiającego. Zgodnie z opinią KIO zawartą w wyroku z dnia 1 lutego 2022 r.:

Zamawiający, wszczynając postępowanie o udzielenie zamówienia, winien nie tylko dokonać opisu przedmiotu zamówienia, w sposób umożliwiający mu uzyskanie spełnienia uzasadnionych potrzeb w tym zakresie, ale także ocenić możliwości rynku, czy tak dokonany opis nie doprowadzi do takiego utrudnienia wzięcia udziału w postępowaniu wykonawcom, iż tylko jeden z nich będzie w stanie sprostać postawionym wymaganiom. Dokonany opis nie może prowadzić do eliminacji Wykonawców, którzy są zdolni w sposób należyty wykonać dane zamówienie (Wyrok KIO, 2022, KIO 126/22).

Z drugiej strony, zamawiający powinien każdorazowo znaleźć równowagę pomiędzy zachowaniem jak największej konkurencyjności a efektywnością zamówienia i planowanych umów.

Przykład możliwości podziału zamówienia na ubezpieczenie podmiotów leczniczych ilustruje, jak istotne jest prawidłowe i przemyślane sporządzenie analizy potrzeb i wymagań zamawiającego, która powinna być kluczowym narzędziem określającym optymalny podział zamówienia.

5. Wybór prawidłowego trybu postępowania

Uzyskanie maksymalnej efektywności jest w znacznym stopniu związane z wyborem prawidłowego trybu postępowania przez zamawiającego. W tym kontekście nowa ustawa Pzp nie zmieniła w znaczący sposób tendencji, która od wielu lat obowiązywała w polskim systemie zamówień publicznych i opierała się na poleganiu przez zamawiających na trybach nienegocjacyjnych. W 2023 r. około 85% zamówień krajowych przeprowadzono w trybie podstawowym bez negocjacji, podczas gdy w postępowaniach unijnych – aż 98,67% postępowań zrealizowano w przetargu nieograniczonym, a zaledwie 0,36% w trybach negocjacyjnych. W poniższej tabeli podano informacje na temat ilości postępowań prowadzonych w danym trybie postępowania pomiędzy 1 stycznia 2023 r. a 31 grudnia 2023 r. (UZP, 2023, s. 52).

Tabela. Postępowania wszczęte według trybu postępowania

Tryb	BZP	TED
Podstawowy bez negocjacji (wariant I)	85,11%	–
Podstawowy z możliwością negocjacji (wariant II)	14,85%	–
Podstawowy z negocjacjami (wariant III)	0,02%	–
Partnerstwo innowacyjne	0,02%	–
Przetarg nieograniczony	–	98,67%
Przetarg ograniczony	–	0,97%
Negocjacje z ogłoszeniem	–	0,26%
Dialog konkurencyjny	–	0,10%
Partnerstwo innowacyjne	–	0,00%

Źródło: Urząd Zamówień Publicznych, 2023, s. 52.

W tym kontekście należy zauważyć, że wiele argumentów przemawia za realizowaniem zamówienia na usługę ubezpieczenia w drodze procedury negocjacyjnej. Wynika to z faktu, iż zakres ubezpieczenia powinien być dostosowany indywidualnie do profilu działalności, wielkości, rodzaju czy szkodowości podmiotu leczniczego, natomiast możliwości sfinansowania ubezpieczenia przez zamawiającego są ograniczone jego budżetem. Negocjacje pozwalają często lepiej dostosować potrzeby zamawiającego do kwoty przeznaczanej przez niego na sfinansowanie zamówienia.

Tryby nienegocjacyjne – jak tryb podstawowy bądź przetarg nieograniczony – w sposób wystarczający umożliwiają zawarcie kontraktu na ubezpieczenie podmiotu leczniczego w przypadkach umów, które niosą niskie ryzyko dla ubezpieczyciela, tj. zawieranych przez podmioty lecznicze posiadające niewielką szkodowość, nowe budynki z nowoczesnymi zabezpieczeniami przeciwpożarowymi czy o profilu działalności pozbawionym ryzyka dużych roszczeń. Trzeba jednak podkreślić, że tryb podstawowy w wariantcie I jest niewątpliwie nadmiernie sformalizowany, *de facto* stanowiąc kopię przetargu nieograniczonego, co należy uznać za błąd ustawodawcy, w szczególności w kontekście zapowiedzi dotyczących zamiaru zmniejszania stopnia skomplikowania procedury zamówień krajowych (Dzierżanowski, Gawrońska-Baran, 2021, s. 40).

Natomiast w przypadku podmiotów leczniczych o nietypowym mieniu (np. budynkach wpisanych do rejestru zabytków), skomplikowanym profilu działalności (podmioty lecznicze specjalizujące się w leczeniu chorób danego rodzaju) lub o znacznej historii wypłat odszkodowań i zadośćuczynień z tytułu błędów lekarskich, często bardziej efektywnym rozwiązaniem jest zastosowanie trybu podstawowego w wariantcie III bądź dialogu konkurencyjnego. W ramach

wariantu III lub dialogu konkurencyjnego zamawiający jest w stanie przekazać wykonawcom wiele szczegółowych danych na temat swojej działalności, które mogą korzystnie wpłynąć na wysokość składki ubezpieczeniowej. Jest on także w stanie uzyskać informacje na temat orientacyjnych wycen danych klauzul ubezpieczeniowych, co pozwala mu na przygotowanie specyfikacji warunków zamówienia, zachowując niezbędny dla siebie zakres ubezpieczenia w granicy posiadanych środków finansowych. Zdecydowaną wadą wariantu III oraz dialogu konkurencyjnego jest jednak przewlekłość postępowań, dlatego powinny one być wszczynane z odpowiednim marginesem czasu. Warto także nadmienić, że w przypadku wariantu III trybu podstawowego w literaturze wskazuje się na uchybienia ustawodawcy w przedmiocie klarowności regulacji ustawowej (Dzierżanowski, Gawrońska-Baran, 2021, s. 45).

Kompromisem pomiędzy trybami negocjacyjnymi a nienegocjacyjnymi wydaje się tryb podstawowy w wariantcie II. Pozwala on, po otwarciu ofert podstawowych, fakultatywnie podjąć z wykonawcami negocjacje w zakresie elementów treści ofert, które podlegają ocenie w ramach kryteriów oceny ofert. Istotne z punktu widzenia zamawiającego jest zwrócenie szczególnej uwagi, aby nie ograniczać kręgu wykonawców, z którymi podejmuje się negocjacje. Ma to znaczenie ze względu na fakt, że w przypadku usługi ubezpieczenia zamawiający (w tym także broker ubezpieczeniowy) nie jest w stanie oszacować marży, którą wykonawca może ograniczyć, aby przedstawić w postępowaniu najkorzystniejszą ofertę.

Oferta dodatkowa w wariantcie II nie może być mniej korzystna w żadnym z kryteriów oceny ofert wskazanych w zaproszeniu do negocjacji niż oferta złożona w odpowiedzi na ogłoszenie o zamówieniu. W takim przypadku ulegnie bowiem odrzuceniu. Podstawowym problemem wariantu II, budzącym powszechną krytykę, jest jednak brak możliwości najmniejszej zmiany warunków zamówienia w trakcie prowadzonych negocjacji. Powoduje to, że zamawiający w negocjacjach z wykonawcami traci jakąkolwiek elastyczność, która umożliwiałaby mu faktyczne osiągnięcie lepszych ofert (Dzierżanowski, Gawrońska-Baran, 2021, s. 41). Nie da się przy tym ukryć, że negocjacje w wariantcie II często bywają formalnością i fikcją, wobec czego słuszne są postulaty doktryny, aby wariant II ograniczyć do złożenia ofert dodatkowych, bez konieczności przeprowadzania rozmów z wykonawcami (Dzierżanowski, Gawrońska-Baran, 2021, s. 43). W rzeczywistości, w przypadku większości postępowań, najlepszym argumentem negocjacyjnym jest zapoznanie się wykonawców z informacją o kwocie, jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia oraz z informacją z otwarcia ofert

podstawowych. Pozwala to bowiem wykonawcom ocenić możliwość dalszego ubiegania się o zamówienie i dystans do konkurentów.

Zastosowanie wariantu II wydaje się zasadne przede wszystkim w sytuacji, w której kwota szacunkowej wartości zamówienia wskazuje, że oferty mogą być znacznie droższe od kwoty zarezerwowanej w budżecie podmiotu leczniczego. Możliwość negocjacji po otwarciu ofert umożliwia bowiem – poza podwyższeniem kwoty zamawiającego do ceny najkorzystniejszej oferty – także obniżenie przez wykonawcę ceny oferty do kwoty przeznaczonej przez zamawiającego na sfinansowanie zadania.

Wariant II niesie jednak inne zagrożenia, poza większą ilością czynności formalnych czy dłuższym trwaniem postępowania (Dzierżanowski, Gawrońska-Baran, 2021, s. 41–44), bowiem w przypadku charakterystycznego dla usług ubezpieczenia zamkniętego kręgu wykonawców, jego każdorazowe, konsekwentne stosowanie może doprowadzić do celowego zawyżania przez wykonawców cen na etapie składania ofert podstawowych (Świś, 2021, s. 49).

Przed wszczęciem procedury zamawiający powinien zatem dokonać gruntownej analizy potencjalnych zalet i wad, na podstawie której wybierze odpowiedni tryb postępowania, w zależności od swoich aktualnych potrzeb.

Zakończenie

Efektywność w postępowaniu na udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie podmiotu leczniczego ma kluczowe znaczenie w kontekście zachowania ogólnych zasad prawa zamówień publicznych. W szczególności należy zwrócić uwagę na nową zasadę efektywności, zgodnie z którą zamawiający udziela zamówienia w sposób zapewniający najlepszą jakość w stosunku do środków, by uzyskać w ten sposób najlepsze efekty (utożsamianą z zasadą *best value for money*). Nieodzowne jest, by zasada ta wiązała się silnie z innymi zasadami prawa zamówień publicznych – zasadą konkurencyjności i równego traktowania wykonawców, ponieważ bez ich zachowania nie można mówić o utrzymaniu efektywności.

Wyraźnym przejawem zasady efektywności jest obowiązek sporządzenia analizy potrzeb i wymagań zamawiającego. Analizę tę należy obligatoryjnie przygotować przed wszczęciem procedury unijnej, ale dobra praktyka wymaga, aby była ona wykonana dla wszystkich rodzajów zamówień. Zawiera elementy obligatoryjne, które zamawiający jest zobowiązany uwzględnić, takie jak: orientacyjną wartość zamówienia dla każdego wariantu realizacji zamówienia, możliwość podziału zamówienia na części, przewidywany tryb udzielenia

zamówienia, możliwość uwzględnienia aspektów społecznych, środowiskowych lub innowacyjnych zamówienia oraz ryzyka związane z postępowaniem o udzielenie i realizacją zamówienia. Staranne przemyślenie powyższych składników postępowania, zanalizowanie ich i dopracowanie przed wszczęciem postępowania istotnie zwiększa szanse na powodzenie procedury i bezproblemowe wykonanie kontraktu, a także zmniejsza ryzyko uchybienia obowiązującym przepisom ustawy Pzp.

Równie istotnym elementem postępowania jest ustalenie szacunkowej wartości zamówienia, które należy dokonać z należytą starannością. Szacowanie wartości zamówienia na usługę ubezpieczenia dla podmiotu leczniczego jest sporządzone w oparciu o szkodowość danego podmiotu leczniczego, składniki majątkowe będące przedmiotem zamówienia i ich specyfikę, dotychczasowe wydatki poniesione na ubezpieczenia będące przedmiotem zamówienia, a także wydatki ponoszone przez podmioty lecznicze na analogiczne zamówienia wraz z uwzględnieniem tendencji panujących w danym okresie czasu na rynku ubezpieczeń. Prawidłowo przygotowane szacowanie wartości zamówienia na usługę ubezpieczenia powinno zawierać w sobie wszystkie planowane wydatki na ubezpieczenie danego rodzaju, w tym planowane uzupełnienie ubezpieczenia, prawo opcji czy zamówienia podobne.

Zamawiający powinien prawidłowo podzielić zamówienie na części, mając świadomość, że rynek ubezpieczeniowy jest częściowo zamknięty i w szczególnych sytuacjach (np. ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej) może mieć do czynienia z duopolem ubezpieczycieli. W efekcie powyżej opisanego ukształtowania rynku wykonawców, jeżeli zamawiający udziela zamówienia w częściach, musi dokonać podziału we właściwy sposób, aby uzyskać taką liczbę ofert, która pozwoli zachować ich konkurencyjność. Podział nie powinien być jednak nadmierny, gdyż zbytnie rozdrobnienie zamówienia powoduje, że obsługa takich kontraktów jest nieefektywna. W konsekwencji najbardziej efektywnym rozwiązaniem jest osobne kontraktowanie ubezpieczeń mienia, ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, ubezpieczeń komunikacyjnych i ubezpieczeń specjalnych.

Uzyskanie maksymalnej efektywności jest w znacznym stopniu związane z wyborem prawidłowego trybu postępowania przez zamawiającego. Wiele argumentów przemawia za realizowaniem zamówienia na usługę ubezpieczenia w drodze procedury negocjacyjnej, ponieważ program ubezpieczeniowy może zostać dopasowany do specyfiki i możliwości finansowych podmiotu leczniczego. Tryby negocjacyjne są jednak obciążone wadami (wariant III trybu podstawowego) i cechują się znaczną przewlekłością postępowania, co sprawia,

że są rzadko wykorzystywane. Wariant II trybu podstawowego, który umożliwia negocjacje ofert po ich otwarciu, również jest krytykowany w doktrynie. Zamawiający, przed wszczęciem procedury, powinien zatem dokonać gruntownej analizy potencjalnych zalet i wad, na podstawie której wybierze odpowiedni tryb postępowania, w zależności od swoich aktualnych potrzeb.

Zamawiający, w ramach obecnie obowiązującej ustawy – Prawo zamówień publicznych, posiada szereg instrumentów pozwalających mu na uzyskanie wysokiego stopnia efektywności zawieranego kontraktu w ramach usługi ubezpieczenia podmiotu leczniczego. Od wykonania i staranności przeprowadzonej analizy, szacowań, wyborów trybu czy podziału zamówienia zależeć będzie, czy zawierana umowa będzie cechowała się odpowiednią elastycznością, będącą jednym z kluczowych wyznaczników efektywności oraz czy będzie czyniła zadość ogólnym zasadom prawa zamówień publicznych.

Bibliografia

Akty prawne

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.

Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych, tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1214.

Ustawa z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylająca dyrektywę 2004/18/WE, tekst jedn. Dz. Urz. UE L 98 z 28.03.2014, s. 65–242 z późn. zm.

Orzecznictwo

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 lutego 2021 r., I GSK 233/18, LEX nr 3161032.

Wyrok Sądu Okręgowego w Częstochowie z dnia 21 września 2016 r., VI Ca 665/16, niepublikowany.

Wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 30 czerwca 2016 r., KIO 1032/16, LEX nr 2111802.

Wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 2 lutego 2017 r., KIO 2373/16, LEX nr 2188673.

Wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 9 listopada 2021 r., KIO 3194/21, LEX nr 3353719.
Wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 1 lutego 2022 r., KIO 126/22, LEX nr 3358441.
Wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 5 kwietnia 2022 r., KIO 685/22, LEX nr 3361925.

Literatura

- Andała-Sępkowska, J., Bereszko, W. (2021). *Prawo zamówień publicznych 2021. Praktyczny przewodnik*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Budzisz, R. (2018). Instytucjonalne formy wykonywania działalności leczniczej. W: R. Kubiak, L. Kubicki, E. Zielińska (red.), *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego* (s. 371–686). System Prawa Medycznego, t. 1. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Dzierżanowski, W., Gawrońska-Baran, A. (2021). Charakter i znaczenie prawne trybu podstawowego udzielania zamówień małej wartości. *Zamówienia Publiczne. Doradca*, 6. Pobrano z <https://zamowieniapublicznedoradca.pl/charakter-i-znaczenie-prawne-trybu-podstawowego-udzielania-zamowien-malej-wartosci/> (21.05.2025).
- Krzyżanowski, T. (2021). Analiza potrzeb i wymagań. *Zamówienia Publiczne. Doradca*, 6.
- Michta, M. (2022). Podział zamówienia publicznego – kryteria jedności zamówienia. *Finanse Komunalne*, 1, 57–64.
- Nowicki, P. (2019). *Aksjologia prawa zamówień publicznych. Pomiędzy efektywnością ekonomiczną a instrumentalizacją*. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”.
- Stręciwilk, M. (2020). *Szacowanie wartości zamówienia publicznego i konkursu w nowym PZP*. LEX/el.
- Szustakiewicz, P. (2007). *Zasady prawa zamówień publicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Publicus.
- Świś, C. (2021). Tryb podstawowy – ryzykowny wariant z art. 275 pkt 2 Pzp. *Zamówienia Publiczne. Doradca*, 7, 47–53.
- Zaborowska, A. (2020). Analiza potrzeb zamawiającego. W: W. Dzierżanowski, M. Sieradzka, P. Szustakiewicz (red.), *Leksykon zamówień publicznych* (s. 28–29). Warszawa: Presscom.

Netografia

- Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej. (2018). *Wytyczne dla osób odpowiedzialnych za udzielanie zamówień publicznych dotyczące unikania najczęstszych błędów popełnianych w projektach finansowanych z europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych*. Urząd Publikacji. Pobrano z <https://data.europa.eu/doi/10.2776/14145> (14.11.2024).
- Urząd Zamówień Publicznych. (2022). *Szacowanie wartości zamówienia*. Pobrano z <https://www.gov.pl/attachment/3e42f8e8-6050-4c7e-a141-46f3a7346952> (14.11.2024).
- Urząd Zamówień Publicznych. (2023). *Informator Urzędu Zamówień Publicznych*, 4. Pobrano z <https://www.gov.pl/web/uzp/rok-20213> (22.05.2025).
- Urząd Zamówień Publicznych. (2024). *Wskazówki dla zamawiających publicznych do opracowania analizy potrzeb i wymagań w świetle nowego Prawa zamówień publicznych*. Pobrano z <https://www.gov.pl/web/uzp/wskazowki-dla-zamawiajacych-publicznych-do-opracowania-analizy-potrzeb-i-wymagan> (14.11.2024).