

# HOLDINGISASI RUMAH SAKIT DITINJAU DARI HUKUM PERSAINGAN USAHA

Oleh:

Dhoni Yusra, SH, MH<sup>1</sup>

## *Abstract*

*Holding companies is a positive effort to increase business synergy, however, good intentions to synergize are often turned into weapons for you, when the expected end leads to unfair business competition. This paper attempts to snapshot the hospital holdingization process which began with a positive goal, namely for health security for the sake of state sovereignty, but in the process, it has the potential to lead to unfair business competition.*

## A. Pendahuluan

Perubahan iklim dan peningkatan resistensi anti-mikroba telah mendorong peningkatan munculnya new-emerging diseases dan re-emerging diseases yang berpotensi pandemik dengan karakteristik risiko kematian yang tinggi dan penyebaran yang sangat cepat. Globalisasi yang mengakibatkan peningkatan mobilitas manusia dan hewan lintas negara serta perubahan gaya hidup manusia juga telah berkontribusi mempercepat proses penyebaran wabah menjadi ancaman keamanan kesehatan global. Sejak outbreak wabah *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) di kawasan Asia pada tahun 2003, ancaman keamanan kesehatan global terus menunjukkan kecenderungan peningkatan antara lain terjadinya outbreak flu burung/avian influenza (H5N1) tahun 2004, flu babi/*swine influenza* (H1N1) tahun 2009 (dideklarasikan WHO sebagai pandemi pertama kalinya di abad ke-21), *Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus* (MERS-CoV) tahun 2012-2013, Ebola tahun 2014, dan Zika tahun 2015. Peningkatan ancaman keamanan kesehatan global tersebut menjadi ancaman serius bagi sistem kesehatan nasional dan mengakibatkan kerusakan besar bagi perekonomian dan kesejahteraan masyarakat. Data Bank Dunia menunjukkan bahwa outbreak wabah Ebola di Guinea, Liberia dan Sierra Leone pada tahun 2014 mengakibatkan pertumbuhan negatif perekonomian ketiga negara tersebut lebih dari setengah pertumbuhan ekonomi sebelum *outbreak*. Kerugian ekonomi akibat outbreak di kawasan Afrika secara keseluruhan mencapai USD 30 milyar. Indonesia pun pernah mengalaminya

---

<sup>1</sup> Dosen tetap pada Fakultas Hukum Universitas Bhayangkara Jakarta Raya sekaligus pengamat Hukum Kesehatan, dan Mediko-Legal Konsultan pada Rumah Sakit PELNI - Jakarta

saat menghadapi *outbreak* flu burung yang menanggung beban ekonomi sampai Rp. 4 Trilyun pada 2004 – 2006, serta penurunan perdagangan dan pariwisata. Keamanan kesehatan global mengakibatkan dampak kerusakan pada pembangunan ekonomi dan stabilitas negara serta perdagangan barang dan jasa, pariwisata, dan stabilitas demografi. Menyikapi hal tersebut, organisasi-organisasi internasional, seperti WHO (Badan Kesehatan Dunia), FAO (Badan Pangan Dunia), dan OIE (Organisasi Kesehatan Hewan Dunia) telah mengembangkan sejumlah aturan, pedoman dan kerangka sebagai acuan dalam upaya peningkatan kapasitas dimaksud.

WHO memiliki *International Health Regulations* (IHR) yang disahkan pada tahun 2005 menggantikan IHR (1969) dengan memperluas cakupan keamanan kesehatan global terhadap wabah dari semua penyakit. IHR (2005) yang mulai berlaku efektif pada 15 Juni 2007 merupakan instrumen internasional yang mengikat kewajiban negara-negara untuk mencegah, melindungi, dan mengendalikan penyebaran wabah secara internasional sesuai dengan dan terbatas pada faktor risiko yang dapat mengganggu kesehatan, dengan sesedikit mungkin menimbulkan hambatan pada lalu lintas dan perdagangan internasional. Indonesia menjadi negara Pihak IHR (2005) sejak tahun 2007. Outbreak wabah Ebola pada tahun 2014 telah menyadarkan kembali dunia mengenai kebutuhan untuk memperkuat sistem kesehatan nasional masing-masing negara melalui implementasi penuh IHR (2005). Berbagai literatur menyimpulkan bahwa outbreak wabah Ebola tidak akan terjadi atau dapat diminimalisir dampaknya apabila di negara-negara yang terpapar yaitu Guinea, Liberia dan Sierra Leone memiliki sistem kesehatan nasional yang kuat dengan membangun kapasitas sesuai IHR (2005). Sebagai respons terhadap hal tersebut, Global Health Security Agenda (GHSA) muncul sebagai forum kerja sama antar negara yang bersifat terbuka dan sukarela, dengan tujuan untuk memperkuat kapasitas nasional dalam penanganan ancaman penyakit menular dan kesehatan global. Diluncurkan pada Februari 2014 dengan 29 negara anggota sebagai inisiatif 5 tahun, saat ini GHSA telah beranggotakan 65 negara dan didukung oleh badan-badan PBB seperti WHO, FAO, OIE, Bank Dunia, serta organisasi non pemerintah dan sektor swasta. Dalam kerja sama GHSA, Indonesia termasuk salah satu negara yang aktif berkontribusi, diantaranya menjadi anggota Tim Pengarah (Steering Group)

bersama 9 negara lainnya, anggota Troika pada tahun 2014-2018, serta menjadi Ketua Tim Pengarah pada tahun 2016 yang mendapat apresiasi positif dari berbagai negara anggota dan mitra.

## **B. Konsep Keamanan Kesehatan**

Merujuk kepada hal yang telah diuraikan dalam bagian pendahuluan, maka terdapat perkembangan dari konsep keamanan, yaitu berupa keamanan kesehatan. Akan tetapi, terdapat berbagai definisi konsep dalam pengoperasian keamanan kesehatan dengan pengaturan yang berbeda (Aldis, 2008). Para pembuat kebijakan di negara-negara industri cenderung menekankan pada perlindungan penduduknya terutama dari ancaman eksternal, seperti terorisme dan pandemik. Sedangkan, para pembuat kebijakan dan pekerja kesehatan di negara berkembang di dalam sistem PBB memahami kerangka keamanan kesehatan dalam konteks yang lebih luas. Bahkan, istilah keamanan kesehatan digunakan secara berbeda-beda oleh agensi PBB sendiri, seperti WHO (*World Health Organization*) yang menggunakan istilah "*global health security*". Meskipun demikian, berbagai negara telah menyadari pentingnya untuk meningkatkan kesehatan masyarakatnya sebagai salah satu elemen keamanan nasional. Hal ini dikarenakan, isu-isu kesehatan, seperti HIV/AIDS, virus Zika, Ebola, SARS, dan lain-lain, merupakan penyakit yang dapat menginfeksi populasi masyarakat domestik dan internasional (Youde, 2006).

Berbagai pembuat kebijakan dan para akademisi dari berbagai negara telah mencoba untuk melakukan redefinisi dari keamanan nasional dengan menginklusikan ancaman kesehatan ke dalamnya. Istilah '*health security*' atau '*human security*' kemudian digunakan untuk menegaskan bahwa kesehatan masyarakat merupakan hal yang penting sebagai salah satu elemen yang menunjukkan kemampuan negara untuk dapat bertahan dalam sistem internasional yang dinamis (Youde, 2006). Redefinisi dari keamanan nasional yang menginklusikan isu-isu kesehatan dan penyakit menular ini muncul paska era Perang Dingin. Akan tetapi di sisi lain, para penstudi keamanan turut menyatakan keberatan untuk memasukkan isu kesehatan dan penyakit menular ke dalam konteks keamanan internasional. Hal ini dikarenakan, meskipun tidak dapat dipungkiri bahwa penyakit

menular dapat menjadi beban yang cukup berat bagi negara, namun para penstudi keamanan menganggap ancaman eksistensial tersebut berbeda dari konteks ancaman eksternal tradisional yang dapat mengancam kehidupan suatu negara. Oleh karenanya hingga saat ini isu-isu keamanan manusia dan kesehatan hanya berada pada bagian paling subordinat dari kajian keamanan internasional. Selain itu, konsep keamanan kesehatan juga berada pada interseksi dari berbagai bidang dan disiplin yang tidak memiliki pendekatan teoritis maupun metodologi yang berdekatan (Aldis, 2008).

Studi keamanan kesehatan mencoba untuk melakukan klaim dari seberapa besar penyakit menular dapat menyebabkan perubahan sistem internasional. Bahkan apabila ditarik lebih jauh, Thucydides pun mempertanyakan bagaimana sebuah wabah penyakit dapat menumbangkan pasukan Athena sehingga dapat menghasilkan hasil yang cukup signifikan dalam Perang Peloponnesia. Wabah ini pun dapat membunuh kurang lebih sepertiga dari populasi Eropa sehingga dapat mengakhiri sistem feodal dan mendorong untuk terjadinya reformasi. Ullman (dalam Youde, 2006) menambahkan, bahwa definisi keamanan yang hanya difokuskan pada istilah-istilah militer merupakan sebuah kesalahan. Hal ini dikarenakan, keamanan seharusnya diinterpretasikan sebagai sebuah disiplin dan praktik yang bersifat relasional dan interdependen dengan sektor-sektor lain, seperti politik, ekonomi, sosial, dan lingkungan. Kolodziej (dalam Youde, 2006) pun turut memberikan kritik terhadap para penstudi keamanan yang menginterpretasikan keamanan secara sempit tanpa menyadari adanya ancaman yang datang dengan cepat, menekan, dan dapat menjadi tantangan masyarakat internasional bersama, serta dapat menyebabkan terjadinya konflik. UNDP (United Nations Development Program) merupakan salah satu agensi PBB yang mendukung dibahasnya paradigma keamanan kesehatan oleh masyarakat internasional sejak 1994 dengan adanya publikasi Human Development Report-nya yang berjudul "*New Dimensions of Human Security*". Menurut Youde (2006), konsep keamanan kesehatan ini meliputi dua aspek. Pertama, kebebasan dari ancaman kronis, seperti kelaparan, penyakit, dan represi. Kedua, perlindungan dari gangguan secara tiba-tiba dalam keseharian masyarakat. Maka pada pertengahan tahun 2003, *Commission on Human Security* membuat laporan yang berjudul "*Human Security Now*" untuk Sekretaris Jenderal PBB yang mendeskripsikan keamanan manusia sebagai

komplementer dari keamanan negara, yang berfokus pada hak asasi manusia dan perkembangan manusia. Rekomendasi kebijakan pun turut dibuat yang menekankan pada prioritas untuk memastikan akses terhadap pelayanan kesehatan dasar secara universal. Oleh karenanya kemudian, *Human Secretary Unit* membentuk OCHA (*United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs*), yang menjadi landasan organisasional keamanan manusia dalam kerangka PBB (Aldis, 2008). Dibentuknya OCHA ini dianggap penting melihat WHO (*World Health Organization*) sendiri masih belum dapat memaparkan definisi, lingkup, dan implementasi dari keamanan kesehatan secara komprehensif sehingga kesehatan menjadi bagian subordinat dari keamanan.

Seiring dengan marak dibahasnya terkait keamanan manusia, berbagai literatur kemudian turut berkembang mengenai lingkup dan konten dari keamanan manusia (Aldis, 2008). *Pertama*, perlindungan dari ancaman, berupa kelaparan, penyakit, represi, kemiskinan, dengan pemberdayaan masyarakat. *Kedua*, munculnya kondisi global baru di mana pendekatan-pendekatan sebelumnya dianggap tidak relevan, seperti penyediaan bantuan kesehatan dan intervensi kemanusiaan di negara gagal yang tidak memperhatikan keamanan kesehatan dan manusia. *Ketiga*, keikutsertaan aktor-aktor baru dalam upaya rekonsiliasi militer, seperti observer dan NGO yang berkontribusi dalam kesehatan masyarakat. Keempat, keterhubungan dengan kepentingan kebijakan luar negeri, di mana penyakit menular seperti HIV/AIDS telah ditetapkan oleh Dewan Keamanan PBB sebagai ancaman keamanan nasional karena dapat menular ke lintas batas negara. Kelima, konvergensi kesehatan publik dan bio-defence, di mana aktivitas penyakit dikontrol atau dikenal sebagai '*securitization*' dari *bio-terrorism* dengan meningkatkan imunisasi rutin, pengecekan, hingga promosi kesehatan. Keenam, perhatian terhadap negara berkembang yang semakin meningkat, di mana negara-negara berkembang seperti Indonesia, Brazil, Thailand, dan India mencoba untuk mengangkat '*global health security*' sebagai agenda untuk diselesaikan dalam IHR (*International Health Regulations*) di WHO. Menyikapi meningkatnya bahaya HIV/AIDS dalam tiga dekade terakhir sebagai salah satu faktor penyebab kematian terbesar, maka di tahun 2000, Dewan Keamanan PBB mulai membahas dampak dari AIDS terhadap perdamaian dan keamanan (McInnes, 2006). Maka beberapa tahun setelahnya, PBB dan

badan agensinya menjadi aktor-aktor penting dalam peningkatan kesadaran terhadap HIV/AIDS. Perhatian terhadap HIV/AIDS didasari atas adanya beberapa ancaman terhadap keamanan dan stabilitas negara, seperti dampaknya terhadap elit, konsekuensi ekonomi akibat adanya penurunan produktivitas, menurunnya sektor pariwisata, perubahan demografis dalam jangka panjang, dampak terhadap kapabilitas militer, hingga kemungkinan peningkatan tensi intra dan interregional. Maka setelahnya, HIV/AIDS menjadi agenda yang dibahas di berbagai kebijakan PBB, seperti dalam MDG (*Millenium Development Goals*), pembentukan *Global Fund to Fight HIV/AIDS* oleh G8 di tahun 2002, hingga diadakannya *Special Session on HIV/AIDS* oleh *General Assembly* di tahun 2001. Akan tetapi dalam anggota permanen Dewan Keamanan PBB, terdapat penolakan untuk membahas HIV/AIDS lebih jauh oleh Prancis, Tiongkok, dan Rusia. Hal ini dikarenakan, urgensi dari pembahasan HIV/AIDS dianggap tidak terlalu kompleks untuk dibahas secara langsung dari sisi keamanan. Oleh karenanya, kasus penyakit HIV/AIDS tidak lagi dianggap sebagai agenda keamanan melainkan hanya sebatas pada isu kesehatan saja (McInnes dan Rushton, 2010).

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat dikatakan bahwa meningkatnya bahaya dari penyakit berinfeksi yang dapat menular hingga ke luar lintas batas negara, membuat kesehatan seharusnya menjadi bagian dari keamanan negara. HIV/AIDS, misalnya, telah terbukti sebagai salah satu faktor penyebab kematian yang cukup tinggi dan dapat berdampak terhadap kestabilan negara. PBB sebagai organisasi internasional legal memiliki peran penting dalam mempersiapkan agenda dan mempromosikan keamanan kesehatan sebagai elemen yang harus diperhatikan oleh tiap negara. Selain itu, dengan melibatkan aktor lokal dalam upaya peningkatan keamanan kesehatan dan manusia, perhatian terhadap penyediaan pelayanan kesehatan publik dapat menjadi lebih komprehensif. Oleh karenanya, penulis berpendapat bahwa isu kesehatan harus dapat diintegrasikan dengan bidang keamanan dan tidak menjadi dua hal yang terpisah, khususnya ketika pada suatu titik tertentu isu-isu kesehatan tersebut dapat mengancam stabilitas negara sebagaimana yang telah disebutkan sebelumnya.

Konsep Keamanan Kesehatan ini kemudian diadopsi oleh sejumlah pemikir di dunia Kesehatan di Indonesia yang melihat adanya ancaman terhadap ketahanan Kesehatan di Indonesia. Konsep

Keamanan Kesehatan di Indonesia digunakan untuk menghadapi banyaknya akuisisi rumah sakit di Indonesia oleh perusahaan asing (PMA), sehingga dikhawatirkan adanya dominasi asing atas pelayanan Kesehatan bagi Warga Negara Indonesia. Hal ini tentu saja dianggap suatu ancaman atas kedaulatan negara. Konsep ini Ketahanan Kesehatan ini selanjutnya disampaikan di era Menteri BUMN Rini M Soewandi, yang kemudian dibuat roadmap demi keamanan Kesehatan, yaitu dengan dibentuknya holdingisasi rumah sakit BUMN, dalam rangka meng-counter layanan Kesehatan yang diberikan perusahaan asing, sehingga memberikan jaminan Kesehatan yang layak dan terjangkau bagi warga negara Indonesia serta mengukuhkan kedaulatan negara. Setelah Menteri BUMN Rini M Soewandi meletakkan jabatan, dan proses holdingisasi ditindaklanjuti oleh Menteri BUMN berikutnya, yaitu Erick Thohir. Langkah pembentukan Holding RS BUMN, fase 1 telah dilaksanakan pada akhir Maret 2020 ditandai dengan akuisisi PT Rumah Sakit Peln oleh PT Pertamedika IHC. Setelah fase 1 selesai dilaksanakan, dilanjutkan dengan fase 2 pada tanggal 7 Agustus 2020 dimana 7 (tujuh) PT Rumah Sakit bergabung menjadi bagian PT Pertamedika IHC dan konsolidasi dilakukan atas 35 rumah sakit dan 4.325 ranjang. Setelah fase 2 dilaksanakan, dilanjutkan dengan fase 3, dimana pada Fase ini, Pertamedika IHC melakukan kerjasama manajemen operasional dengan 34 rumah sakit BUMN lain dimana dikelola oleh 18 PT Rumah Sakit BUMN., model kerjasama dalam fase 3 ini, dibuat dalam bentuk manajemen operasional meliputi 5 ruang lingkup utama meliputi Operasional, Tenaga SDM Perbantuan, Pemasaran, Pengembangan Keilmuan dan Sistem Informasi & Teknologi. Harapan holdingisasi ini diharapkan semua rumah sakit yang tergabung dalam holding bisa saling bersinergi dan meningkatkan integrasi antar rumah sakit BUMN dan bisa bersaing dengan rumah sakit swasta yang saat ini sudah menjamur. Adapun PT Pertamedika IHC sendiri ditunjuk oleh BUMN untuk mengelola sejumlah RS BUMN. Adapun pemahaman RS BUMN dalam tulisan ini yang dimaksud adalah Rumah Sakit yang dimiliki BUMN atau anak usahanya, dan bukan rumah sakit yang dimiliki negara melalui penyertaan langsung.

Merujuk kepada hal tersebut diatas, maka holdingisasi ini dalam kacamata persaingan usaha, dapat dikategorikan sebagai bentuk kartelisasi. Hal ini justru berseberangan dengan Undang-undang

Monopoli. Pada intinya Undang-Undang Anti Monopoli dirancang untuk mengoreksi tindakan-tindakan dari kelompok pelaku ekonomi yang menguasai pasar. Karena dengan posisi dominan maka mereka dapat menggunakan kekuatannya untuk berbagai macam kepentingan yang menguntungkan pelaku usaha. Sehingga dengan lahirnya Undang-Undang Anti Monopoli maka ada koridor-koridor hukum yang mengatur ketika terjadi persaingan usaha tidak sehat antara pelaku-pelaku usaha.

Apabila ditinjau lebih lanjut sebenarnya terjadinya suatu peningkatan konsentrasi dalam suatu struktur pasar dapat disebabkan oleh beberapa hal yang dapat menimbulkan terjadinya monopolistik di antaranya adalah pembangunan industri besar dengan teknologi produksi massal (*mass production*) sehingga dengan mudah dapat membentuk struktur pasar yang monopolistik dan oligopolistik, kemudian faktor yang lain adalah pada umumnya industri atau usaha yang besar memperoleh proteksi efektif yang tinggi, bahkan melebihi rata-rata industri yang ada kemudian faktor yang lain adalah industri tersebut memperoleh kemudahan dalam mendapatkan Sumber Daya Alam (SDA) dan Sumber Daya Manusia (SDM) yang lebih baik, dan dengan adanya berbagai usaha yang menghambat usaha baru. Sebagai akibatnya pelaku usaha yang memiliki industri tersebut membentuk kelompok dan dengan mudah memasuki pasar baru serta pada tahap selanjutnya akan melakukan diversifikasi usaha dengan mengambil keuntungan dari kelebihan sumber daya manusia dan alam serta keuangan yang berhasil dikumpulkan dari pasar yang ada. Sehingga, pada tahap selanjutnya struktur pasar oligopolistik dan monopolistik tidak dapat dihindarkan, akan tetapi bukan pula bahwa lahirnya direncanakan. Oleh sebab itu pada negara-negara berkembang dan beberapa negara yang sedang berkembang struktur pasar yang demikian perlu ditata atau diatur dengan baik, yang pada dasarnya akan mengembalikan struktur pasar menjadi pasar yang lebih kompetitif. Salah satu cara dengan menciptakan Undang-Undang Anti Monopoli sebagaimana dalam Undang-Undang Anti Monopoli yang saat ini berlaku di Indonesia, yang dimaksudkan untuk membubarkan grup pelaku usaha yang telah menjadi oligopoli atau trust akan tetapi hanya ditekankan untuk menjadi salah satu alat hukum untuk mengendalikan perilaku grup pelaku usaha yang merugikan masyarakat konsumen.



### C. Jenis Persaingan Usaha Tidak Sehat

Secara garis besar jenis persaingan usaha yang tidak sehat yang terdapat dalam suatu perekonomian pada dasarnya adalah :

- (1) Kartel (hambatan horizontal),
- (2) Perjanjian tertutup (hambatan vertikal),
- (3) Merger, dan
- (4) Monopoli.

Persaingan usaha tidak sehat pertama yakni kartel atau hambatan horizontal adalah suatu perjanjian tertulis ataupun tidak tertulis antara beberapa pelaku usaha untuk mengendalikan produksi, atau pemasaran barang atau jasa sehingga diperoleh harga tinggi. Kartel pada gilirannya berupaya untuk memaksimalkan keuntungan pelaku usaha yang mana kartel merupakan suatu hambatan persaingan yang paling banyak merugikan masyarakat, sehingga di antara Undang-Undang Monopoli di banyak negara kartel dilarang sama sekali. Hal ini karena kartel dapat merubah struktur pasar menjadi monopolistik. Kartel juga dapat berupa pembagian wilayah pemasaran maupun pembatasan (quota) barang atau jasa. Dalam keadaan perekonomian yang sedang baik kartel dengan mudah terbentuk, sedangkan kartel akan terpecah kalau keadaan ekonomi sedang mengalami resesi. Selain kartel juga akan mudah terbentuk apabila barang yang diperdagangkan adalah barang massal yang sifatnya homogen sehingga dengan mudah dapat disubstitusikan dengan barang sejenis dengan struktur pasar tetap dipertahankan.

Persaingan usaha tidak sehat yang kedua adalah perjanjian tertutup (*exclusive dealing*) adalah suatu hambatan vertikal berupa suatu perjanjian antara produsen atau importir dengan pedagang pengecer yang menyatakan bahwa pedagang pengecer hanya diperkenankan untuk menjual merek barang tertentu sebagai contoh sering kita temui bahwa khusus untuk merek minyak wangi tertentu hanya boleh dijual di tempat yang eksklusif. Dalam kasus ini pedagang pengecer dilarang menjual merek barang lain kecuali yang telah ditetapkan oleh produsen atau importir tertentu dalam pasar yang

bersangkutan (*relevant market*). Suatu perjanjian tertutup dapat merugikan masyarakat dan akan mengarah ke struktur pasar monopoli.

Jenis persaingan usaha yang ketiga adalah merger. Secara umum merger dapat didefinisikan sebagai penggabungan dua atau lebih pelaku usaha menjadi satu pelaku usaha. Suatu kegiatan merger dapat menjadi suatu pengambilalihan (*acquisition*) apabila penggabungan tersebut tidak diinginkan oleh pelaku usaha yang digabung. Dua atau beberapa pelaku usaha sejenis yang bergabung akan menciptakan integrasi horizontal sedangkan apabila dua pelaku usaha yang menjadi pemasok pelaku usaha lain maka akan membentuk integrasi vertikal. Meskipun merger atau pengambilalihan dapat meningkatkan produktivitas pelaku usaha baru, namun suatu merger atau pengambilalihan perlu mendapat pengawasan dan pengendalian, karena pengambilalihan dan merger dapat menciptakan konsentrasi kekuatan yang dapat mempengaruhi struktur pasar sehingga dapat mengarah ke pasar monopolistik.

Persaingan usaha yang tidak sehat akan melahirkan monopoli. Bagi para ekonom definisi monopoli adalah suatu struktur pasar dimana hanya terdapat satu produsen atau penjual. Sedangkan pengertian monopoli bagi masyarakat adalah adanya satu produsen atau penjual yang mempunyai kekuatan monopoli apabila produsen atau penjual tersebut mempunyai kemampuan untuk menguasai pasar bagi barang atau jasa yang diperdagangkannya, jadi pada dasarnya yang dimaksud dengan monopoli adalah suatu keadaan yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut: (1) hanya ada satu produsen atau penjual, (2) tidak ada produsen lain menghasilkan produk yang dapat mengganti secara baik produk yang dihasilkan pelaku usaha monopoli, (3) adanya suatu hambatan baik secara alamiah, teknis atau hukum.

Kalau kita melihat hal tersebut di atas maka ada beberapa faktor yang dapat mengakibatkan persaingan usaha tidak sehat di antaranya adalah:

- (1) kebijaksanaan perdagangan,
- (2) pemberian hak monopoli oleh pemerintah,
- (3) kebijaksanaan investasi,

(4) kebijaksanaan pajak,

(5) dan pengaturan harga oleh pemerintah.

Dalam Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1999 tentang pengaturan monopoli terdapat 2 (dua) kelompok karakteristik yaitu:

kelompok pasal yang memiliki karakteristik *rule of reason* dan

kelompok pasal yang memiliki karakteristik perse illegal

Rule of reason dapat diartikan bahwa dalam melakukan praktik bisnisnya pelaku usaha (baik dalam melakukan perjanjian, kegiatan, dan posisi dominan) tidak secara otomatis dilarang. Akan tetapi pelanggaran terhadap pasal yang mengandung aturan *rule of reason* masih membutuhkan suatu pembuktian, dan pembuktian ini harus dilakukan oleh suatu majelis yang menangani kasus ini yang dibentuk oleh KPPU (Komisi Pengawas Persaingan Usaha), kelompok pasal ini dapat dengan mudah dilihat dari teks pasalnya yang dalam kalimatnya selalu dikatakan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya praktek monopoli atau persaingan usaha tidak sehat.

Sedangkan yang dimaksud dengan perse illegal (atau *violation* atau *offense*) adalah suatu praktik bisnis pelaku usaha yang secara tegas dan mutlak dilarang, sehingga tidak tersedia ruang untuk melakukan pembenaran atas praktik bisnis tersebut.

#### **D. Analisa atas Holdingisasi Rumah Sakit ditinjau dari Persaingan Usaha**

Bahwa sejak semula diadakannya Holdingisasi rumah sakit memiliki tujuan agar semua rumah sakit milik BUMN yang tergabung dalam holding bisa saling bersinergi dan meningkatkan integrasi antar rumah sakit BUMN dan bisa bersaing dengan rumah sakit swasta. Hal ini bila dihubungkan dengan keamanan kesehatan yakni yang dimaksud kemampuan negara untuk dapat bertahan dalam sistem internasional yang dinamis, yaitu terhadap layanan rumah sakit swasta yang dimiliki Pihak Asing melalui mekanisme PMA (Penanaman Modal Asing. Menurut penulis ini hanya pemenggalan atas konsep keamanan Kesehatan yang dipahami secara sempit. Persoalannya ini kemudian menjadi lebih besar, Ketika negara yang seharusnya berperan sebagai *regulator* (pembuat aturan) dalam kegiatan

usaha, namun melalui Kementerian BUMN dapat memfungsikan diri sebagai pemain (*player*) dalam giat usaha. Dalam konteks ini terjadi dualisme, baik sebagai pembuat aturan maupun sebagai pihak yang menjalankan giat usaha melalui Badan Usaha Milik Negara, dalam hal ini rumah sakit yang dimiliki BUMN. Bahkan dengan membentuk holdingisasi merujuk kepada tulisan diatas, telah terjadi proses akuisisi perusahaan, dalam rangka terbentuknya Kartel yang dikenal sebagai Indonesia Healthcare Corporation (IHC), dimana telah terjadi kesepakatan dengan sejumlah pihak perusahaan Farmasi untuk membentuk Formularium Obat Pertamedika IHC (FOPI), dan atas grup IHC akan dikenakan harga tersendiri yang merujuk kepada FOPI tersebut. Hal ini jelas merupakan kesepakatan yang dapat merugikan rumah sakit swasta lainnya, dan berpotensi menjadi suatu tuntutan hukum tersendiri. Dengan demikian penulis berpendapat bahwa pembentukan Holdingisasi rumah sakit dengan dalih keamanan Kesehatan adalah hal yang tidak tepat, dikarenakan konsep keamanan Kesehatan tidak diadopsi secara menyeluruh, dan pembentukan holdingisasi rumah sakit milik BUMN memiliki aroma kartel dengan cara akuisisi, dan alih-alih bersinergi untuk meningkatkan integrasi, malah cenderung ke arah persaingan usaha tidak sehat.

#### Referensi:

1. Aldis, William. 2008. Health security as a public health concept: a critical analysis. London: Oxford University Press.
2. Mcinnes, Colin. 2006. "HIV/Aids and Security", dalam International Affairs 82, (2) The Royal Institute of International Affairs.
3. Mcinnes, Colin dan Simon Rushton. 2010. "HIV, AIDS and security: where are we now?", dalam International Affairs 86 (1) Blackwell Publishing Ltd/The Royal Institute of International Affairs.
4. Youde, Jeremy. 2006. "Enter the Fourth Horseman: Health Security and International Relations Theory", dalam International Affairs 82 (2) The Royal Institute of International Affairs.