

THE NATIONAL ASSEMBLY FOR WALES:AUDIT COMMITTEE

REPORT 00-04 – Presented to the National Assembly on 13th July, 2000 in accordance with section 102(1) of the Government of Wales Act 1998

Report on NHS (Wales) Summarised Accounts, 1998-99

| <u>CONTENTS</u> | Paragraph |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| The overall financial health of the NHS in Wales | 8 |
| The financial health of the five Welsh health authority areas | 16 |
| Clinical negligence | 26 |
| Fraud | 31 |
| The cost of primary care drugs | 34 |
| Summary of Recommendations | 37 |
| Overall Conclusions | 38 |

ANNEXES

Annex A : Relevant proceedings of the Committee – Minutes of Evidence (Thursday 6th April 2000)

Annex B : Information from the Assembly's Director of NHS, Wales on the issue of data matching between the NHS and the Department of Social Security

Annex C : Letters to the Committee from Sir John Bourn, Auditor General for Wales on clinical negligence

Annex D: The Audit Committee

Introduction

1. The National Health Service (NHS) in Wales spent some £2.4 billion in 1998-99. During that year, it operated through 5 health authorities and 26 NHS trusts. On 1 April 1999, the 26 NHS trusts were reconfigured to 16, and on 1 April 2000 to 15 NHS trusts. The National Assembly for Wales' NHS Directorate now has overall responsibility for the health service in Wales
2. The NHS in Wales is funded primarily by payments to the five Welsh health authorities, which in turn made payments to NHS trusts under agreements for hospital and other services (£1,485 million). For primary health care services, health authorities made payments to fundholding and on behalf of non-fundholding General Practitioners (£747 million) and also payments to Dentists (£61 million) and Opticians (£18 million).
3. The Summarised Accounts of the NHS in Wales are completed by aggregating the accounts of the underlying NHS bodies, and represent the mechanism by which the overall results of the NHS in Wales are reported. The Report of the Comptroller and Auditor General on the 1998-99 accounts provides an update on the financial health of the NHS in Wales and the main issues affecting that position ¹.
4. The 1998-99 Accounts and the Comptroller and Auditor General's Report were laid before Parliament as they related to the financial year prior to the establishment of the National Assembly for Wales. The Chairman of the House of Commons Committee of Public Accounts (PAC) agreed that the Assembly's Audit Committee could take evidence on this matter. We are grateful to the Committee of Public Accounts for an early opportunity to examine this important area of expenditure in Wales.
5. From 1999-2000, responsibility for the audit of the NHS (Wales) Summarised Accounts transfers to the Auditor General for Wales. The accounts for the year and the Auditor General's Report on them will be presented to the Assembly.
6. We took evidence from Mr Peter Gregory, the Director of the Assembly's NHS Directorate and Accounting Officer for the NHS (Wales) Summarised Accounts, who was accompanied by Mrs Sarah Beaver, the head of the Assembly's NHS Finance Division. A transcript of this evidence is at **Annex A**. We also received written evidence from Mr Gregory (**Annex B**), and from Sir John Bourn, the Auditor General for Wales (**Annex C**). We would like to thank Mr Gregory for the positive and constructive way in which he responded to the Committee's questions.
7. In this report, we examine the National Health Service in Wales under five main headings:
 - The overall financial health of the NHS in Wales;
 - The financial health of the five Welsh health authority areas;
 - Clinical negligence;
 - Fraud; and
 - The cost of primary care drugs.

¹ NHS (Wales) Summarised Accounts 1998-99 (HC 301 of 1999-2000), laid on 13 March 2000

The overall financial health of the NHS in Wales

8. In 1998-99, the NHS in Wales recorded an overall deficit of £21.8 million ². This increased the total accumulated deficit from £32.1 million to £53.9 million at 31 March 1999. For 1999-2000, two of the five health authorities and 10 of the 16 NHS trusts operating in that year were forecasting further deficits ³. The net forecast aggregate deficit for 1999-2000 was £20 million, which would increase the accumulated deficit of the NHS in Wales to some £73.9 million at 31 March 2000 ⁴. Mr Gregory told us that this deficit position and the financial problems of the NHS generally are not unique to Wales, but are common to healthcare systems elsewhere in the developed world ⁵.
9. However, other factors have also influenced this position. In early 1999, the then Secretary of State for Wales commissioned a 'Stocktake' of the financial health of the NHS in Wales. The Stocktake Report, issued in June 1999, concluded that there was no single explanation for the financial problems existing within the NHS in Wales ⁶.
10. In addition to the local performance of health authorities and NHS trusts, the Accounting Officer suggested to us that the following factors contributed at a national level to the financial problems in Wales:
 - There had been a tightening of the financial environment during the mid to late 1990s, coupled with a requirement for the NHS to meet targets for cash releasing efficiency savings which were in practice difficult to achieve ⁷;
 - Resource and efficiency pressures within the Welsh Office Health Department resulted in a downsizing of that department, including its monitoring function, and making the performance of its strategic management role less effective. Relationships between the Welsh Office and NHS bodies became more difficult as a consequence ⁸. The Stocktake Report recommended the strengthening of the Assembly's NHS Directorate to allow an integrated approach to the monitoring of financial performance, value for money and delivery of NHS objectives in Wales. Mr Gregory told us that a recent review had prompted an increase in staff resources, and that this problem had now been alleviated ⁹;

² C&AG's Report, paragraph 4.6

³ C&AG's Report, paragraphs 4.19 and 4.20

⁴ Q18

⁵ Q2

⁶ C&AG's Report, paragraphs 4.31 to 4.33

⁷ Q3

⁸ Q7 and 8

⁹ Q8

- The NHS internal market, based on competition and a purchaser/ provider split, had been beneficial in focussing operational responsibility at the local level. However, it had also created difficulties in the working relationships between health authorities and NHS trusts, and Mr Gregory told us that he considers that the removal of competition from the NHS was contributing to a significant improvement in this regard ¹⁰;
 - The programme of NHS trust reconfiguration had been introduced to give a more efficient provision of patient care. Mr Gregory expected this to achieve significant savings, but told us that it would initially involve a cost to the NHS in Wales of approximately £4 million, contributing in the short-term to the financial deficit. The NHS Directorate expects that reconfiguration will result in savings of £4 million in 2000-01, rising after three years to a £6 million annual recurrent saving ¹¹.
11. One key mechanism for monitoring the financial performance of NHS trusts in Wales is the three financial objectives set for each NHS trust by the Assembly's NHS Directorate (formerly the Welsh Office Health Department). These objectives are:
- To break-even over the three-year period 1997-98 to 1999-2000;
 - To achieve a 'Capital Cost Absorption Rate' (that is, to cover the notional cost of financing its capital assets after allowing for depreciation) of exactly six per cent annually; and
 - To remain within the prescribed External Financing Limit ¹².
12. For 1998-99, the Comptroller and Auditor General reported that 25 of the 26 NHS trusts failed to meet one or more of their three key financial objectives, including four who failed all three objectives. Fourteen trusts failed the interim break-even target and 21 failed to meet the exact 6 per cent Capital Cost Absorption Rate. Four trusts exceeded their External Financing Limit, although Mr Gregory told us that three of these were only marginal failures ¹³. Mr Gregory explained to us that all these failures resulted from the difficulties NHS trusts faced in operating within their financial environment ¹⁴.
13. A further financial duty for all NHS bodies is the requirement to settle all their bills within 30 days of receipt of a valid invoice, in accordance with the CBI Supplier Payment Code of Practice. The aggregate performance of the health

¹⁰ Q4

¹¹ Q15

¹² Foreword to the NHS Summarised Accounts for Wales, 1998-99, paragraphs 20-23

¹³ C&AG's Report, paragraph 4.15 and Q23

¹⁴ Q23

authorities against this target remains poor, with only 85 per cent of invoices being paid within the 30-day period, although these did represent some 97 per cent of invoices by value. Of the NHS trusts, 16 improved their performance during 1998-99, but at nine trusts the prompt payment levels worsened – and one trust (Glan Hafren NHS Trust) paid only 26 per cent of its bills within 30 days¹⁵.

14. The Accounting Officer informed us that the Assembly have monitored supplier payment performance at health authorities and NHS trusts on a monthly basis, and have been looking for improvements in that position. He told us that he was not satisfied with the current levels of performance, and intended to include in the annual funding allocation letter issued to each NHS body a requirement for improvements to be made¹⁶.
15. Our main findings, conclusions and recommendations on the overall financial health of the NHS in Wales are as follows:
 - (ii) We note that the financial problems facing the NHS in Wales are common to healthcare systems elsewhere in the developed world; and also that these problems are not recent, with financial deficits being reported since the 1980s. In a situation of finite funding, the provision of healthcare will always require a careful balance between need and cost;
 - (iii) We are concerned at the then Welsh Office's inability to monitor adequately the NHS in Wales as those problems were developing, and also that there had been a deterioration in relationships between the Welsh Office and the various parts of the NHS. We are pleased to hear of recent improvements in this area, and that this problem is now being resolved. We encourage the NHS Directorate to work more closely with health bodies across Wales, providing genuine strategic management and leadership for the service;
 - (iv) We view the poor performance in 1998-99 of NHS trusts in Wales against their three financial objectives as unacceptable, although we recognise that this was a direct consequence of the constraints of their financial environment. We look to the NHS Directorate to take action to ensure that NHS trusts are able to achieve the forecast savings available from the reconfiguration of NHS trusts in Wales, and note our intention to review closely the success of this programme in due course;
 - (v) We urge that a more rigorous process be put in place to estimate the costs and savings that might be achieved by structural re-organisations in the NHS;
 - (vi) We are deeply concerned at the performance achieved by health authorities and NHS trusts in Wales against the prompt payment target.

¹⁵ C&AG's Report, paragraphs 4.23 to 4.30

¹⁶ Q28

We urge the NHS Directorate to take appropriate action to ensure that all NHS bodies comply with the CBI Supplier Payment Code of Practice, acting in accordance with Government policy in this regard.

The financial health of the five Welsh health authority areas

16. The C&AG's Report contained an analysis of the 1998-99 deficit incurred by NHS bodies in Wales between the five health authority areas, and identified a wide variation in financial performance¹⁷. The Accounting Officer put to us several factors, at the health authority area level and also amongst individual NHS bodies, which he believed to have contributed to this variation.
17. At the health authority area level, he suggested that factors influencing performance included the resource allocation formula, the proportion of GP fundholder practices, and the extent to which each area was dependent on services procured externally. Within NHS trusts, factors such as the level of competition for particular services offered and the funding required to support the more specialised functions of certain NHS trusts contributed significantly to their financial performance. Mr Gregory also suggested to us that a range of personnel factors might also impact on the performance of each health authority area. The nature of the working relationship between the health authority and its local NHS trusts, the differing experiences of senior executives and Board members, and variations in their levels of commitment to financial control all contribute to the reported differences in financial performance across the five health authority areas¹⁸.
18. The Committee questioned Mr Gregory in further detail on the financial performance of each of the five health authority areas: Dyfed Powys, Bro Taf, Gwent, Iechyd Morgannwg and North Wales.

Dyfed Powys health authority area

19. The Dyfed Powys health authority area reported a net deficit of some £11.5 million in 1998-99, which represented over half of the all-Wales deficit. The former Welsh Office had provided a total of £12.5 million in brokerage (short-term funding to meet cash-flow difficulties) to Dyfed Powys Health Authority¹⁹. In setting out the role of the NHS Directorate in supporting the financial recovery of Dyfed Powys Health Authority, Mr Gregory explained that his decision to transmit this additional funding payable to the local NHS trusts through the Health Authority meant that the NHS trusts were dependent in terms of funding on one paymaster. As a result those NHS trusts continued to report a more favourable financial position, whilst the Health Authority reported an increasing

¹⁷ C&AG's Report, paragraph 4.6 and Figure 2

¹⁸ Q30

¹⁹ C&AG's Report, Appendix B, paragraphs B.1 and B.3

accumulated deficit ²⁰.

20. In summarising the recovery process for the Dyfed Powys area, the Accounting Officer commented that Recovery Plans had been agreed between the Health Authority, the NHS Directorate and each of Powys Healthcare, Ceredigion and Mid Wales and Pembrokeshire and Derwen NHS Trusts. In respect of the fourth trust in this area, Carmarthenshire NHS Trust, however, Mr Gregory expressed his reservations concerning its forecast financial position, and informed us that he was not confident that a suitable recovery strategy had yet been devised ²¹.

Bro Taf health authority area

21. In his Report, the C&AG had stated that the financial position of Bro Taf Health Authority was forecast to deteriorate sharply, with a deficit of £6.1 million forecast for 1999-2000 and a further significant deficit expected in 2000-01 ²². Mr Gregory was able to report a revised forecast to us for 2000-01 which was significantly improved, reducing the original forecast deficit of £17.4 million to only a marginal deficit for that year. This was in part as a result of additional financial assistance from the NHS Directorate to alleviate specific cost pressures. These included the teaching function of the University Hospital of Wales within the Cardiff and Vale NHS Trust, and the additional capital costs arising from the new Royal Glamorgan Hospital ²³.

Gwent health authority area

22. The Gwent health authority area reported an overall deficit of £0.4 million for 1998-99, which was the lowest deficit of the five Welsh health authority areas ²⁴. The Gwent area contains only three NHS trusts, and Mr Gregory suggested to us that this relative lack of complication had aided relationships between the commissioning authority and the trusts ²⁵. He told us that the area had experienced financial difficulties in the past, but that these had been addressed and resolved by effective financial management undertaken in partnership between the various NHS bodies concerned. He noted also that the Gwent area had experienced one per cent greater growth in funding than its worst-performing counterpart, which had also contributed to the area's ability to cope with cost pressures ²⁶.

²⁰ Q36

²¹ Q37

²² C&AG's Report, Appendix A, paragraph A.2

²³ Q41 and 43

²⁴ C&AG's Report, Appendix C, paragraph C.1

²⁵ Q46

²⁶ Q46 and 47

Iechyd Morgannwg health authority area

23. The financial difficulties experienced by this health authority area centred largely on the large deficits incurred by the former Morriston Hospital NHS Trust, which totalled some £7.2 million at 31 March 1999²⁷. Mr Gregory told us that these deficits had been substantially reduced during the 1999-2000 financial year. He believed that the astute leadership of the management team now in place following its merger with the Swansea NHS Trust, together with the resulting synergies, had played a significant role in this achievement²⁸.

North Wales health authority area

24. The C&AG noted in his Report that although the North Wales Health Authority itself was the only one in Wales to report a surplus in 1998-99, the area as a whole recorded a deficit of £1.8 million²⁹. The Accounting Officer cited to us a number of reasons for the relatively strong financial position of North Wales Health Authority. For example, the area benefited from the current resource allocation formula, with funding to the area being higher than the Welsh average. Mr Gregory also pointed to the relative lack of complexity of the healthcare environment in North Wales, reflected in the simpler healthcare system required compared, for example, with that of south Wales. Relationships between the health authority and its various trusts were comparatively straightforward and there was a clear demarcation of each trust's area of responsibility, which is not true of south Wales³⁰. In conclusion, Mr Gregory reported that financial management within the area's NHS bodies was of a high standard³¹.
25. Our main findings, conclusions and recommendations on the financial health of the five Welsh health authority areas are as follows:
- (i) We note the complex range and inter-relationship of the factors that directly influence the performance of each of the five health authority areas;
 - (ii) We concur with Mr Gregory that the isolation of the NHS Trusts within Dyfed Powys from the debts of the health authority was not an effective method of financial control. In the event that NHS trusts require additional financial assistance from the Assembly in future, we recommend that the NHS Directorate consider carefully the way in which such funding is routed, so as to ensure that it is utilised effectively and for its intended purposes, having regard to the need for transparency and

²⁷ C&AG's Report, Appendix D, paragraphs D.3 and D.4

²⁸ Q49 and 50

²⁹ C&AG's Report, Appendix E, paragraph E.1

³⁰ Q53

³¹ Q54

openness;

- (iii) Whilst we note the planned recovery agreed with the Dyfed Powys Health Authority and three of the four NHS trusts in that area, we share Mr Gregory's concerns regarding the financial performance of Carmarthenshire NHS Trust, both in terms of its current financial position and also the failure to achieve an agreed recovery plan for that trust. We urge that the NHS Directorate work closely with both the trust and Dyfed Powys Health Authority to rectify urgently any failings in their Recovery Plan; and
- (iv) We consider that the existing resource allocation mechanism has outlived its usefulness and does not adequately address the various and differing cost pressures that affect NHS bodies across Wales. We therefore urge the NHS Directorate, in close consultation with the Health and Social Services Committee, to act speedily on the results of the ongoing review of the funding formula and to put in place a system that accommodates such factors and provides for fair and equitable annual financial settlements.

Clinical negligence

26. Clinical Negligence is a breach of duty by healthcare practitioners in the performance of their duties in the NHS³². The Comptroller and Auditor General reported that the total forecast maximum cost of claims for clinical negligence rose sharply during 1998-99, from £145 million to £214 million at 31 March 1999 (this estimate includes both probable and possible payments)³³. The Accounting Officer suggested to us that this increase was due to two factors: the increasing propensity of individuals to seek legal redress; and the rising levels of compensation payable in such cases³⁴.
27. Prior to taking legal action in cases of alleged clinical negligence, patients may seek redress through the NHS Complaints Procedure and, if still dissatisfied, then bring their complaint before the Health Service Ombudsman for Wales. Mr Gregory reported that at the final stage of the Complaints Procedure, when these cases are considered by an independent review panel, a common weakness identified is the poor quality of communication between clinician and patient. He suggested that one important criteria affecting an individual's decision to make a formal claim for compensation is the manner in which their complaint may have been handled, and the degree of openness encountered in disclosing the facts of the patient's case to them³⁵.

³² C&AG's Report, paragraph 5.2

³³ C&AG's Report, paragraph 5.4-5.5

³⁴ Q55

³⁵ Qs 70 and 71

28. The issue of clinical negligence is closely linked to the concepts of clinical effectiveness and clinical governance, within the context of improving the quality of care within the NHS. Mr Gregory outlined a number of mechanisms which support this objective, including the National Institute of Clinical Excellence, tasked with the review of the clinical and cost-effectiveness of new and existing treatments, and the Commission for Health Improvement responsible for the review of the quality of care³⁶. He also noted that the Welsh Risk Pool is responsible for the 'Risk Managers Network', whose membership includes representatives from all NHS bodies in Wales, and which discusses possible improvements in the management of incidents and disseminates examples of best practice³⁷.

29. The Welsh Risk Pool has also taken the lead in promoting effective risk management across the NHS in Wales, including a series of Risk Management Standards applicable to both health authorities and NHS trusts. In 1998-99, however, the Comptroller and Auditor General found that only ten of the 21 member bodies submitted a self-assessment of their performance against these The Welsh Risk Pool has also taken the lead in promoting effective risk management across the NHS in Wales, including a series of Risk Management Standards applicable to both health authorities and NHS trusts. In 1998-99, however, the Comptroller and Auditor General found that only ten of the 21 member bodies submitted a self-assessment of their performance against these standards

30. Our main findings, conclusions and recommendations on the issue of clinical negligence are as follows

- (i) There appear to us to be two main areas of focus in controlling the growing incidence and cost of clinical negligence in the NHS in Wales: the prompt and cost-effective handling of existing outstanding claims, and the effectiveness of risk management procedures to avoid new claims arising in the first place. We consider that the NHS Directorate has made insufficient progress in both these areas, and stress the potential for improvement through responding to future relevant findings of both the National Institute for Clinical Excellence and the Commission for Health Improvement. We strongly recommend that the NHS Directorate take action to identify and disseminate examples of best practice in financial management across NHS Wales;
- (ii) We are deeply concerned to note that only half of the NHS bodies in Wales submitted self-assessments, reporting compliance with the Risk Management Standards, although we recognise the impact that trust reconfiguration at that time may have had on this poor level of response; and

³⁶ Q56

³⁷ Q57

- (iii) We also consider that the procedures for complaint by patients or their relatives in the event of an unsatisfactory clinical outcome could and should be improved. We believe that more open and early communication between clinicians and patients is the key to resolving many negligence claims and preventing the need for legal action. Greater transparency in the disclosure of medical details to a complainant should become the standard and we encourage the NHS Directorate to address this issue in part through changes in the education and training of medical staff.

Fraud

31. The incidence of fraud within the NHS is a key concern, resulting in a significant loss of resources that could otherwise be spent on patient care. Although an All-Wales Anti-Fraud Working Group exists, with a remit to develop a fraud strategy and to disseminate examples of best practice in tackling fraud across Wales³⁸, the Accounting Officer acknowledged that little progress had been made in addressing fraud in Wales³⁹. In 1998-99, detected fraud in Wales totalled only £102,000; whereas based on England's detected fraud for that year in respect of prescription charge evasion alone, a proportionate estimate for the likely fraud in Wales for this same type would be some £8-10 million. Mr Gregory told us that the level of detected fraud was clearly significantly understated, and reflected the limited work undertaken to date in this area⁴⁰.
32. Mr Gregory informed us of the negotiations underway with the Directorate of Counter Fraud Services, the body within the NHS Executive responsible for tackling fraud and corruption within the NHS in England, which were exploring the possibility that its remit might be extended to cover Wales. Subsequent to this Committee hearing, the First Secretary has announced that those negotiations have been completed, and the NHS in Wales will now be included with the work of the Directorate of Counter-Fraud Services⁴¹.
33. Our main findings, conclusions and recommendations on the issue of fraud are as follows:
- (i) We are very concerned at the lack of progress to date in tackling fraud in the NHS in Wales. We therefore welcome the recent announcement by the First Secretary that the monitoring of fraud and corruption within the NHS in Wales will fall within the extended remit of the Directorate of Counter Fraud Services;

³⁸ C and AG's report, para 5.21

³⁹ Qs 72 and 73

⁴⁰ Q 74

⁴¹ Assembly press Notice (reference WOO 345-hlt) issued on 10th April 2000

- (ii) We are astonished that levels of detected fraud are so low (£102,000 in 1998-99; £950,000 (estimate) in 1999-2000), and agree with the NHS Directorate that this can only represent a small fraction of the actual total. We consider that significant improvements are needed in the detection and prevention of fraud. We urge the NHS Directorate to tackle this problem as a matter of urgency, and in particular to consider the potential use of "spend to save" incentives which would allow any savings generated to be released directly for patient care; and
- (iii) We also observe that actions taken in tackling fraud to date have generally addressed primary care only, and that only recently has the All-Wales Anti-Fraud Working Group considered the issue of fraud within the secondary care sector. We encourage the NHS Directorate also to address the risks of fraud within the secondary care sector, taking due account of the relative inherent risks of fraud arising.

The cost of primary care drugs

- 34. The Comptroller and Auditor General reported that the cost of drugs prescribed by GPs in Wales, which for 1998-99 totalled some £318 million, has risen annually at a rate in excess of inflation. Also, per capita rates of prescribing are significantly higher in Wales than in England, even in areas of comparable deprivation⁴².
- 35. Mr Gregory told us that the Assembly has been trying to control these costs, including through the recent appointment of a 'Task and Finish Group' established to consider the scope for improving the efficiency and effectiveness of prescribing in Wales. This Group is due to report its findings in June 2000, and is expected to produce a strategy for dealing with this issue over the next three to four years⁴³.
- 36. Our main findings, conclusions and recommendations on the issue of the cost of primary care drugs are as follows:
 - (i) We note the recent steep increases in the cost of primary care drugs, and acknowledge the steps taken by the NHS Directorate to mitigate this, including the appointment of the Task and Finish Group. We strongly recommend that the Group's findings are reviewed as a matter of priority and, where appropriate, implemented by the NHS Directorate at the earliest opportunity; and
 - (ii) Other options are also available to tackle the rising costs of primary care drugs, and we urge the NHS Directorate to develop a coherent strategy, including the consideration of issues such as the greater use of generic

⁴² C & AG's report paragraph 8.2 to 8.4

⁴³ Qs 84 and 85

drugs, joint formula redevelopments, prescribing incentive schemes and the incidence of repeat prescribing

Summary of Recommendations

37. In the light of our findings and conclusions, we make the following recommendations:

On the overall financial health of the NHS in Wales

- (i) We encourage the NHS Directorate to work more closely with health bodies across Wales, providing genuine strategic management and leadership for the service;
- (ii) We look to the NHS Directorate to take action to ensure that NHS trusts are able to achieve the forecast savings available from the reconfiguration of NHS trusts in Wales, and note our intention to review closely the success of this programme in due course;
- (iii) We urge the NHS Directorate to take appropriate action to ensure that all NHS bodies comply with the CBI Supplier Payment Code of Practice, acting in accordance with Government policy in this regard;

On the financial health of the five Welsh health authority areas

- (iv) In the event of NHS trusts requiring additional financial assistance from the Assembly in the future, we recommend that the NHS Directorate channel that support directly to the trusts concerned;
- (v) In respect of the Carmarthenshire NHS Trust, and its current financial difficulties, we urge that the NHS Directorate work closely with both the trust and Dyfed Powys Health Authority to rectify urgently any failings in their Recovery Plan particularly in regard to the level of realism in the Plan and to ensure protection of patients' services.
- (vi) The existing resource allocation mechanism has outlived its usefulness and does not adequately address the various and differing cost pressures that affect NHS bodies across Wales. We therefore urge the NHS Directorate, in close consultation with the Health and Social Services Committee, to act speedily on the results of the ongoing review of the funding formula and to put in place a system that accommodates such factors and provides for fair and equitable annual financial settlements;

On clinical negligence

- (vii) As regards the management of clinical negligence by the NHS in Wales, we strongly recommend that the NHS Directorate take action to identify and disseminate examples of best practice in financial management across NHS Wales;

- (viii) Greater transparency in the disclosure of medical details to a complainant should become the standard. We encourage the NHS Directorate to address this issue in part through changes in the education and training of medical staff and to take a leadership role in developing a culture of openness and good communication;

On fraud

- (ix) The total cost of fraud in the NHS in Wales is not known, and significant improvements are needed in the detection and prevention of fraud. We urge the NHS Directorate to tackle this problem as a matter of urgency, and in particular to consider the potential use of "spend to save" incentives which would allow any savings generated to be released directly for patient care;
- (x) The main focus in tackling fraud to date has been in the primary care sector. We encourage the NHS Directorate to address the risks of fraud within the secondary care sector as well, taking due account of the relative inherent risks of fraud arising;

On the cost of primary care drugs

- (xi) We recognise that the NHS is taking steps to control the increasing cost of primary care drugs. The Task and Finish Group is investigating this area, and we strongly recommend that the Group's findings are reviewed as a matter of priority and, where appropriate, implemented by the NHS Directorate at the earliest opportunity;
- (xii) Other options are also available to tackle the rising costs of primary care drugs, and we urge the NHS Directorate to develop a coherent strategy, including the consideration of issues such as the greater use of generic drugs, joint formula redevelopments, prescribing incentive schemes and the incidence of repeat prescribing.

Summary

- 38. The National Health Service is our most precious institution. Its reputation has suffered in recent years, and this has been due in no small part to poor financial performance. This cannot be allowed to continue.
 - 39. The National Health Service must rebuild its reputation by delivering high standards of healthcare for the people of Wales within the resources made available to it by the National Assembly. We therefore urge the Assembly's NHS Directorate and health service managers, clinicians and staff to do all they can to promote good financial management, including taking more proactive steps to minimise the incidence and cost of clinical negligence, reduce the level of fraud, and secure value for money. In particular, we expect to see a swift end to the continuing spiral of financial deficits that have been reported by health authorities and NHS trusts in recent years.
-



Cynulliad Cenedlaethol Cymru

Pwyllgor Archwilio

The National Assembly for Wales

Audit Committee

The National Health Service in Wales

Y Gwasanaeth Iechyd Gwladol yng Nghymru

Cwestiynau 1-86

Questions 1-86

Dydd Iau 6 Ebrill 2000

Thursday 6 April 2000

Aelodau o'r Cynulliad yn bresennol: Janet Davies (Cadeirydd), Lorraine Barrett, Peter Black, Alun Cairns, Geraint Davies, Brian Gibbons, Alison Halford, Dafydd Wigley.

Swyddogion yn bresennol: Syr John Bourn, Archwilydd Cyffredinol Cymru; Phil Gray, Swyddog Cydymffurfiaeth Cynulliad Cenedlaethol Cymru; Jon Shortridge, Ysgrifennydd Parhaol Cynulliad Cenedlaethol Cymru; Ian Summers, Swyddfa Archwilio Genedlaethol Cymru.

Tystion: Sarah Beaver, Pennaeth Is-adran Cyllid yr NHS, Cynulliad Cenedlaethol Cymru; Peter Gregory, Cyfarwyddwr, NHS Cymru.

Assembly Members present: Janet Davies (Chair), Lorraine Barrett, Peter Black, Alun Cairns, Geraint Davies, Brian Gibbons, Alison Halford, Dafydd Wigley.

Officials present: Sir John Bourn, the Auditor General for Wales; Phil Gray, Compliance Officer of the National Assembly for Wales; Jon Shortridge, Permanent Secretary of the National Assembly for Wales; Ian Summers, National Audit Office.

Witnesses: Sarah Beaver, Head NHS Finance Division, National Assembly for Wales; Peter Gregory, Director, NHS Wales.

Dechreuodd y cyfarfod am 9.33 a.m.

The meeting began at 9.33 a.m.

[1] Janet Davies: I welcome everyone to this meeting. The purpose of the meeting is to take evidence in connection with the report by the Comptroller and Auditor General, NHS (Wales) Summarised Accounts 1998-99, published on 19 March 2000.

[1] Janet Davies: Croesawaf bawb i'r cyfarfod hwn. Diben y cyfarfod yw cymryd tystiolaeth ynglyn ag adroddiad y Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol, Cyfrifon Cryno NHS (Cymru) 1998-99, a gyhoeddwyd ar 19 Mawrth 2000. Cyflwynwyd yr

This report went to Parliament but the Public Accounts Committee decided to refer it to us as the Assembly's Audit Committee. I particularly welcome a new member of the Committee, Lorraine Barrett. Jane Davidson has also joined the Committee, but is unable to attend today. She sends her apologies. Dafydd Wigley is expected shortly.

I welcome our witnesses. Will you introduce yourselves?

Mr Gregory: I am Peter Gregory, Director of NHS Wales. Consequently, I am also the accounting officer for moneys voted to the NHS by Parliament in the case of these accounts and, in the case of the last and current financial year, by the Assembly. I am also head of the NHS Directorate in the National Assembly for Wales.

Ms Beaver: I am Sarah Beaver, head of the Assembly's NHS Finance Division.

adroddiad hwn gerbron y Senedd ond penderfynodd y Pwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus ei gyfeirio atom ni fel Pwyllgor Archwilio'r Cynulliad. Hoffwn estyn croeso arbennig i aelod newydd o'r Pwyllgor, Lorraine Barrett. Mae Jane Davidson hefyd wedi ymuno â'r Pwyllgor, ond nid yw'n gallu bod yn bresennol heddiw. Mae'n ymddiheuro am hynny. Disgwylir y bydd Dafydd Wigley yn cyrraedd ymhen ychydig amser.

Croesawaf ein tystion. A wnewch gyflwyno eich hunain?

Mr Gregory: Peter Gregory, Cyfarwyddwr NHS Cymru wyf fi. O ganlyniad, fi hefyd yw'r swyddog cyfrifo ar gyfer unrhyw arian y mae'r Senedd yn achos y cyfrifon hyn a'r Cynulliad, yn achos y flwyddyn ariannol ddiwethaf a'r flwyddyn ariannol gyfredol, yn cytuno ei roi i'r NHS. Fi hefyd yw pennaeth Cyfarwyddiaeth yr NHS yng Nghynulliad Cenedlaethol Cymru.

Ms Beaver: Sarah Beaver, pennaeth Is-adran Cyllid yr NHS y Cynulliad wyf fi.

[2] Janet Davies: We will now have a demonstration of how to use the translation facilities.

There are five parts to this report. The first is concerned with the overall financial health of the NHS in Wales. We have an awful lot to get through in this session, and hope to have a coffee break in the middle, so we will get started straight away.

This question is to Peter Gregory. Part 4 of the Comptroller and Auditor General's report sets out the worsening financial position in the national health service in Wales. Why is it that overall deficits of around £20 million have occurred in each of the last few financial years?

Mr Gregory: Thank you, Chair. I realise that we have a lot to cover, but this is central to much of what we have to discuss this morning, and as a consequence perhaps I could spend a little time on that question because it is so fundamental. In doing so, I draw the Committee's attention to the NHS stocktake report, published in July last year. I asked that that be made available to Committee members. I am

[2] Janet Davies: Byddwn yn awr yn cael cyfarwyddyd ar sut i ddefnyddio'r cyfleusterau cyfieithu.

Mae pum rhan i'r adroddiad hwn. Mae'r rhan gyntaf yn ymwneud ag iechyd ariannol cyffredinol yr NHS yng Nghymru. Mae gennym lawer o waith i'w wneud yn y sesiwn hon, a gobeithiwn gael egwyl goffi yn y canol, felly fe ddechreuwn yn awr.

Mae'r cwestiwn hwn ar gyfer Peter Gregory. Mae rhan 4 o adroddiad y Rheolwr a'r Archwilydd Cyffredinol yn amlinellu'r sefyllfa ariannol ddirywiol yn y gwasanaeth iechyd gwladol yng Nghymru. Pam y cafwyd diffygion cyffredinol o tua £20 miliwn ym mhob un o'r vchydig flynyddoedd ariannol diwethaf?

Mr Gregory: Diolch, Gadeirydd. Yr wyf yn ymwybodol bod gennym lawer i'w wneud, ond mae hyn yn ganolog i lawer o'r hyn y mae'n rhaid inni ei drafod y bore yma, ac o'r herwydd efallai y gallwn dreulio ychydig o amser ar y cwestiwn hwnnw gan ei fod mor sylfaenol. Wrth wneud hyn, tynnaf sylw'r Pwyllgor at adroddiad cloriannu'r NHS, a gyhoeddwyd ym mis Gorffennaf y llynedd. Gofynnais

not sure whether they have received it. They have? Good. I think that it would be helpful for Committee members to refer to that document. It was a requirement of the then First Secretary that we examine independently this was done by the Assembly's Policy Unit the circumstances by which this situation had arisen. The document is a pretty exhaustive account of the reasons and in much of what I have to say I will be relying on the evidence adduced in the stocktake.

The first thing to be said about the general context is that the situation in Wales in respect of financial pressure is not unique in the developed world. Most healthcare systems have come under increasing pressure over the last few years, and we have seen the effects of that in other European countries in terms of turbulence between government and healthcare professionals. That is occasioned by both rising public expectations of what should be available, a number of cost drivers which will doubtless come out during the course of this discussion and

iddo fod ar gael i aelodau'r Pwyllgor. Nid wyf yn siwr a ydynt wedi ei dderbyn. Ydynt? Da iawn. Credaf y byddai o gymorth i aelodau o'r Pwyllgor gyfeirio at y ddogfen honno. Fe'i gwnaethpwyd yn ofynnol gan y Prif Ysgrifennydd bryd hynny inni gynnal ymchwiliad annibynnol gwnaethpwyd hyn gan Uned Bolisi'r Cynulliad i'r amgylchiadau a arweiniodd at y sefyllfa hon. Mae'r ddogfen yn rhoi adroddiad eithaf cynhwysfawr o'r rhesymau a byddaf yn dibynnu ar y dystiolaeth a gyflwynwyd yn yr adroddiad cloriannu ar gyfer llawer o'r hyn y byddaf yn ei ddweud.

Y peth cyntaf i'w nodi ynglyn â'r cyddestun cyffredinol yw nad yw'r sefyllfa yng Nghymru o ran pwysau ariannol yn unigryw yn y byd datblygedig. Mae'r rhan fwyaf o systemau gofal iechyd wedi dod o dan bwysau cynyddol yn ystod yr ychydig flynyddoedd diwethaf, ac yr ydym wedi gweld effeithiau hynny mewn gwledydd Ewropeaidd eraill o ran y tyndra rhwng llywodraethau a gweithwyr proffesiynol mewn gofal iechyd. Mae hynny'n digwydd o ganlyniad i ddisgwyliadau cynyddol ymhlith y cyhoedd o'r hyn a ddylai fod

a natural desire on the part of Government to drive efficiency and effectiveness in healthcare. In the United Kingdom the situation has reflected all of that and the NHS in Wales is not unique in being confronted with financial difficulty or even with the creation of deficits. There have been deficits in other NHS systems over the last few years. I think that it is true to say that all four national health services in the UK last year recorded or are forecasting income and expenditure deficits.

That is the general picture. To turn to specifics, the NHS in Wales has been confronted with financial difficulty for some time. This is not a new phenomenon. Back in the 1980s there were serious financial difficulties in both Gwynedd and Mid Glamorgan district health authorities, which had to be tackled by effective action by the then Welsh Office. What is, I think, special about the situation with which we are confronted, is that the financial pressures have had such a significant

ar gael, nifer o ffactorau sydd yn llywio cost a fydd yn dod i'r amlwg, yn ddiau, yn ystod y drafodaeth hon ac awydd naturiol ar ran Llywodraeth i wthio effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd mewn gofal iechyd ymlaen. Mae'r sefyllfa yn y Deyrnas Unedig wedi adlewyrchu hyn oll ac nid yw'r NHS yng Nghymru yn unigryw yn y ffaith ei fod yn wynebu anawsterau ariannol neu hyd yn oed ei fod yn cynhyrchu diffygion. Bu diffygion mewn systemau NHS eraill dros yr ychydig flynyddoedd diwethaf. Credaf ei bod yn gywir dweud bod pob un o'r pedwar gwasanaeth iechyd gwladol yn y DU y llynedd wedi cofnodi diffygion incwm a gwariant neu eu bod yn eu rhagweld.

Dyna'r sefyllfa gyffredinol. I droi at faterion penodol, bu'r NHS yng Nghymru yn wynebu anawsterau ariannol ers tro. Nid ffenomenon newydd mohoni. Yn ôl yn y 1980au, bu anawsterau ariannol difrifol yn awdurdodau iechyd dosbarth Gwynedd a Morgannwg Ganol ac yr oedd yn rhaid i'r Swyddfa Gymreig ar y pryd gymryd camau effeithiol i fynd i'r afael â'r rhain. Yr hyn sydd yn arbennig am y sefyllfa yr ydym yn ei hwynebu, yn fy marn i, yw bod y

impact at the national level. That is a distinguishing feature. I also think that it is true to say that the protracted nature of that pressure is also distinctive. In preparation for this hearing I did a little research into the surplus deficit position of the NHS in Wales over the years, and although it has become most acute most recently and that is partly to do with the degree to which liquidity in the system has been absorbed by the need to tackle deficits deficits can be traced back for several years. In other words, the NHS has found it difficult to come to terms with a number of cost drivers in the system.

I will not, Chair, go through all the issues that arise out of the stocktake at this juncture, as I am sure that Committee members will want to tease them out. Suffice it to say that the stocktake's analysis is that the origins of the problem and the difficulties of successfully addressing it are the consequences of a complex matrix of issues that iterate and interact with one another. There is no single distinguishing feature that you can pluck out and say, 'well, if only they

pwysau ariannol wedi cael effaith mor sylweddol ar y lefel genedlaethol. Mae honno'n nodwedd unigryw. Yr wyf hefyd o'r farn ei bod yn gywir dweud bod natur estynedig y pwysau hwnnw hefyd yn nodwedd unigryw. Wrth baratoi ar gyfer y gwrandawriad hwn, gwneuthum ychydig o ymchwil i sefyllfa gwarged diffyg yr NHS yng Nghymru dros y blynyddoedd, ac er mai yn ddiweddar iawn y bu'r sefyllfa fwyaf difrifol ac mae hynny'n rhannol oherwydd y graddau y mae'r angen i fynd i'r afael â diffygion wedi amsugno hylifedd y system gellir olrhain diffygion ers sawl blwyddyn. Hynny yw, bu'r NHS yn ei chael yn anodd i ddod i delerau â nifer o ffactorau sydd yn llywio cost yn y system.

Ni fyddaf, Gadeirydd, yn trafod pob un o'r materion sydd yn deillio o'r adroddiad cloriannu yn awr, gan fy mod yn siwr y bydd aelodau'r Pwyllgor am eu harchwilio fesul un. Digon yw dweud mai dadansoddiad yr adroddiad cloriannu yw bod gwreiddiau'r broblem a'r anawsterau o fynd i'r afael â hi yn llwyddiannus yn deillio o gyfuniad cymhleth o faterion sydd yn ailadrodd ac yn rhyngweithio â'i gilydd. Nid oes un ffactor unigryw y gallwch ei dynnu allan a dweud, 'wel,

had done that, it would have solved the problem'. There are up to 18 to 20 elements that have resulted in this outcome. What we have here is a broad context of financial pressure and something of a history of difficulty in tackling the problem, which has become more acute in recent years. It is a pretty sophisticated causation. Perhaps I could stop at that juncture, and allow other questions.

[3] Janet Davies: Having talked about complex factors, to what extent do you think that inadequate funding is the root cause of these recurring deficits? Or are they due to poor financial management? You have said that it is a far more complex issue, but do you think that these are two important parts of that complex problem?

Mr Gregory: I think that it is important for me to say, when talking about inadequate funding, that whatever the level of funding, the NHS must manage within it. At one level, in terms of financial management, the issue of inadequacy is irrelevant. Government the Assembly in the current situation takes decisions about the allocation of

pe byddent wedi gwneud hynny, byddai wedi datrys y broblem.' Mae hyd at 18 i 20 o elfennau sydd wedi arwain at y canlyniad hwn. Yr hyn sydd gennym yma yw cyd-destun cyffredinol o bwysau ariannol ynghyd â rhyw hanes o anhawster wrth fynd i'r afael â'r broblem, sydd wedi dod yn fwy difrifol yn y blynyddoedd diweddar. Mae'n broses achos eithaf cymhleth. Efallai y caf dewi yn y man hwnnw, a chaniatáu cwestiynau eraill.

[3] Janet Davies: Gan eich bod wedi cyfeirio at ffactorau cymhleth, i ba raddau y credwch fod ariannu annigonol wrth wraidd y diffygion hyn sydd yn ailddigwydd? Neu ai rheoli ariannol gwael sydd wedi eu hachosi? Yr ydych wedi dweud ei fod yn fater llawer mwy cymhleth, ond a ydych yn credu bod y rhain yn ddwy ran bwysig o'r broblem gymhleth honno?

Mr Gregory: Credaf ei bod yn bwysig imi ddweud, wrth siarad am ariannu annigonol, waeth beth fo lefel yr ariannu, mae'n rhaid i'r NHS reoli o fewn y lefel honno. Ar un lefel, o ran rheoli ariannol, nid yw'r mater o ariannu annigonol yn berthnasol. Mae'r Llywodraeth y Cynulliad yn y sefyllfa bresennol yn gwneud

resources between programmes and those programmes are expected to keep within their cash limits. At the all-Wales level that is in fact what we have done. However, there is then the issue of the relationship between the resources provided and need and cost in the healthcare system. That is a very big debate and it is one that can only really be satisfactorily answered through the kind of review of the resource allocation process upon which the Health and Social Services Committee is just about to embark. We can elaborate on that, Chair, but it is pretty deep water.

Looking at what the stocktake has said, and from my experience of this situation, I think that, in terms of adequacy, the allocations made to the NHS in recent years not last year or this year, but in previous years have generally been tighter than hither to. There was a definite tightening of the financial environment in the mid to late 1990s. Allied to that was a requirement, which goes back several years, for the NHS to achieve cash releasing efficiency savings. Those savings were at levels 3 per cent for two years, and 2.7 per cent for the

penderyniadau ynghylch dyrannu adnoddau rhwng rhaglenni a disgwylir i'r rhaglenni hynny gadw o fewn eu terfynau arian. Ar y lefel Cymru gyfan, dyna yr ydym wedi ei wneud mewn gwirionedd. Fodd bynnag, yna mae'r mater yn codi o'r berthynas rhwng yr adnoddau a ddarparwyd a'r angen a'r gost yn y system gofal iechyd. Mae honno'n ddadl fawr iawn ac yn un nad ellir ei datrys yn foddhaol ond drwy gynnal arolwg o'r broses dyrannu adnoddau o'r math y mae'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol ar fin ei gynnal. Gallwn ymhelaethu ar hynny, Gadeirydd, ond mae'n bwnc eithaf dyrys.

Gan ystyried yr hyn y mae'r adroddiad cloriannu wedi ei ddweud, ac o'm profiad innau o'r sefyllfa hon, yr wyf o'r farn, o ran arian digonol, y bu'r dyraniadau a wnaethpwyd i'r NHS yn y blynyddoedd diweddar nid y llynedd nac eleni, ond yn ystod y blynyddoedd blaenorol yn dynnach yn gyffredinol na'r hyn a gafwyd cyn hynny. Bu tynhau pendant yn yr amgylchedd ariannol rhwng canol a diwedd y 1990au. At hynny, yr oedd yn ofynnol i'r NHS a hynny ers nifer o flynyddoedd gyflawni arbedion effeithlonrwydd er rhyddhau arian. Yr

following year, in the mid 1990s that the NHS found extremely difficult to achieve in year.

I think that the final element, in talking about adequacy, is that the relationship between the NHS and the Welsh Office during most of the 1990s certainly until the mid to late 1990s was founded on the operation of an internal market in healthcare. That, for reasons which I am happy to elaborate on, made it more difficult to establish an open and mutual assessment of real cost. In other words, it was not very easy to establish between ourselves and the NHS a clear notion of what the true level of cost was in the NHS. If you add it all up tightening financial allocations, relatively high levels of assumed efficiency plus differences of view about the realism of cost assumptions made in the allocations you have a pretty formidable set of challenges in terms of financial management. I think that, if you look at the levels of efficiency expected, look at the way the deficits arose and add in all the other factors, you will see a degree of correlation between those

oedd yr NHS yn ei chael yn anodd tu hwnt i gyflawni'r lefelau hynny o arbedion yn ystod y flwyddyn 3 y cant mewn dwy flynedd, a 2.7 y cant yn y flwyddyn ganlynol yng nghanol y 1990au.

Credaf mai'r elfen olaf i'w nodi, wrth drafod digonolrwydd, yw bod y berthynas rhwng yr NHS a'r Swyddfa Gymreig yn ystod y rhan fwyaf o'r 1990au yn bendant hyd at ganol a diwedd y 1990au yn seiliedig ar weithredu marchnad fewnol mewn gofal iechyd. Yr oedd hynny, am resymau yr wyf yn fodlon ymhelaethu arnynt, yn ei gwneud yn anos pennu asesiad agored o'r naill ochr a'r llall o'r costau gwirioneddol. Hynny yw, nid oedd yn hawdd iawn inni a'r NHS bennu amcan clir o lefel wirioneddol costau yn yr NHS. Os ydych yn ystyried pob peth tynhau dyraniadau ariannol, lefelau cymharol uchel o effeithlonrwydd tybiedig ynghyd â gwahaniaeth barn ynglyn â realaeth y tybiannau cost a gafwyd yn y dyraniadau dyna ichi gyfres o heriau eithaf anodd o ran rheoli ariannol. Yn fy marn i, os ystyriwch y lefelau effeithlonrwydd a ddisgwyliwyd, edrych ar y modd y cynyddodd y diffygion ac ychwanegu'r holl

factors and the way in which the deficits occurred.

[4] Janet Davies: Would you say then that the new structure helps to overcome some of the factors?

Mr Gregory: I think that it goes a very substantial way towards doing so. I want to make it clear, Chair, that I am not making a party political point in saying this. I believe that although there were the difficulties that I described with the internal market, it brought some benefits in terms of focusing operational responsibility at the local level. However, I am quite clear that the complexity of the financial management arrangements created by the internal market particularly, if I may say so, a contracting relationship, which by its nature is likely to be competitive, but also the creation and development of general practitioner fundholding and the way in which that took responsibility for financial allocation away from health authorities to an extent, but without giving fundholders responsibility for the totality of the

ffactorau eraill, byddwch yn gweld rhywfaint o gydb berthynas rhwng y ffactorau hynny a'r modd y cafwyd y diffygion.

[4] Janet Davies: A fydddech yn dweud felly bod y strwythur newydd yn cynorthwyo i oresgyn rhai o'r ffactorau?

Mr Gregory: Credaf ei fod yn mynd gryn dipyn o'r ffordd tuag at wneud hynny. Hoffwn ei gwneud yn eglur, Gadeirydd, nad wyf yn gwneud pwynt gwleidyddol pleidiol wrth ddweud hyn. Credaf i'r farchnad fewnol, er gwaethaf yr anawsterau a ddisgrifiais yn ei chylch, ddod â rhai manteision o ran canolbwyntio cyfrifoldeb gweithredol ar y lefel leol. Fodd bynnag, yr wyf yn gwbl sicr bod cymhlethdod y trefniadau rheoli ariannol a grëwyd gan y farchnad fewnol yn enwedig, os caf ddweud, o ran perthynas gontractio, sydd yn ei hanfod yn debygol o fod yn gystadleuol, ond hefyd o ran creu a datblygu dal cronfeydd gan feddygon teulu a'r modd yr oedd hynny'n mynd â'r cyfrifoldeb dros ddyrannu arian oddi wrth yr awdurdodau iechyd i raddau, ond heb roi cyfrifoldeb i ddeiliaid cronfeydd dros y gwariant

expenditure inevitably had the effect of making financial management more difficult and more complex to achieve.

We are still working out the present arrangements. I will not pretend that we have everything buttoned down. However, I am quite clear that there has been a very significant transformation in the relationship between what is now the Assembly and the NHS in respect of the openness and candour with which we look at the real level of cost in the NHS. I am quite confident that, if directors of finance in the NHS and Sarah Beaver were to compare notes on the levels of cost implied by current levels of activity, drug increases and so on, their estimates would be pretty close. In fact, we have done such an exercise. I think that we were a couple of million out it was at that sort of level.

That changes the nature of the relationship in two ways. First, it means that we are all using the same information to make an appreciation about the choices that have to be made. It makes a very significant transformation to prioritisation between programmes between meeting

crynswth wedi arwain yn anochel at wneud rheoli ariannol yn anos a mwy cymhleth i'w gyflawni.

Yr ydym yn parhau i weithio ar y trefniadau presennol. Ni honnaf ein bod wedi datrys popeth. Fodd bynnag, yr wyf yn gwbl sicr bod y berthynas rhwng y NHS a'r Cynulliad, fel y mae bellach, wedi cael ei thrawsnewid yn sylweddol yn y modd yr ydym yn ystyried lefel wirioneddol costau yn yr NHS mewn ffordd agored a gonest. Yr wyf yn eithaf ffyddiog y byddai amcangyfrifon cyfarwyddwyr cyllid yn yr NHS o lefelau cost y mae lefelau gweithgaredd cyfredol, cynnydd mewn cyffuriau ac ati yn eu hawgrymu yn eithaf tebyg i amcangyfrifon Sarah Beaver petaent yn cymharu eu ffigurau. Yn wir, yr ydym wedi cynnal ymarfer o'r fath. Credaf mai vchydig o filiynau oedd rhyngom yr oedd ar y math hwnnw o lefel.

Mae hynny'n newid natur y berthynas mewn dwy ffordd. Yn gyntaf, mae'n golygu bod pawb yn defnyddio'r un wybodaeth i bwysu a mesur y dewisiadau y mae'n rhaid eu gwneud. Mae'n trawsnewid y modd y caiff blaenoriaethau rhwng rhaglenni eu pennu yn sylweddol rhwng cwrdd â

real cost or putting money into service development. However, it also means that, if we are looking at cost in a more open and realistic way, that has consequences for the extent to which we can make decisions about finance. That may seem a slightly arcane point. However, the truth of the matter is, I think, that in the past there has been a sense in which Government and I am talking about UK national Government has had its own calculations, for instance, about inflation related to gross domestic product, and has made its own assumptions about inflation in the NHS, which have not been sufficiently sensitive to local variation. There is significant variation in cost pressures within the NHS. What we have now, I believe, is a very much more open dialogue with the NHS, which exposes those costs much more effectively and allows us to have much greater confidence that we are reflecting the real pressure inside the NHS when we come to make decisions about allocation. It does have the consequence of limiting, to an extent, the money that is then available for service development and central initiatives.

chost wirioneddol neu ddyrannu arian i ddatblygu gwasanaethau. Fodd bynnag, mae'n golygu hefyd bod goblygiadau ynghylch i ba raddau y gallwn wneud penderfyniadau ynglyn ag arian os ydym yn ystyried cost mewn ffordd fwy agored a realistig. Efallai bod hynny i'w glywed yn bwynt braidd yn astrus. Fodd bynnag, y gwir amdani, yn fy marn i, yw y bu ymdeimlad yn y gorffennol bod y Llywodraeth a chyfeirio yr wyf at Lywodraeth genedlaethol y DU yn gwneud ei chyfrifon ei hun, er enghraifft, ynghylch chwyddiant yn ymwneud â chynnyrch mewnwladol crynswth, a bu'n dod i'w chasgliadau ei hun ynglyn â chwyddiant yn yr NHS, heb fod yn ddigon sensitif i amrywiadau lleol. Mae cryn amrywiaeth o ran pwysau costau yn yr NHS. Yr hyn sydd gennym yn awr, yn fy marn i, yw dialog llawer mwy agored â'r NHS, sydd yn amlygu'r costau hynny'n llawer mwy effeithiol ac sydd yn ein galluogi i fod yn llawer mwy ffyddiog ein bod yn adlewyrchu'r pwysau gwirioneddol o fewn yr NHS pan fyddwn yn gwneud penderfyniadau ynglyn â dyrannu arian. Un o oblygiadau hyn yw ei bod yn cyfyngu, i raddau, ar yr arian sydd ar gael wedyn i ddatblygu

gwasanaethau a mentrau canolog.

[5] Janet Davies: I realise that we are spending a lot of time on this question, but I think that it is so crucial that we need to establish

[5] Janet Davies: Yr wyf yn ymwybodol ein bod yn treulio llawer o amser ar y cwestiwn hwn, ond credaf ei fod mor bwysig fel bod angen inni sefydlu

Mr Gregory: It is quite fundamental.

Mr Gregory: Mae'n eithaf sylfaenol.

[6] Janet Davies: There are two Members who want to ask something else. Brian will ask his questions first, then Peter.

[6] Janet Davies: Mae dau Aelod am holi ynglyn â rhywbeth arall. Bydd Brian yn gofyn ei gwestiynau'n gyntaf, ac yna Peter.

[7] Brian Gibbons: Yes, two things. The one thing that you did not mention is the impact of capital charges on the NHS, because that is all part of the internal market. I wonder if you would like to say what effect you thought capital charges had. Did they serve a useful function? Do they still serve a useful function? And to whom do capital charges the money go back? The second thing is that the stocktake said that one of the criticisms was that the Welsh Office at the time was not sufficiently equipped to be able to monitor what was going on because of the downsizing of the activities going on there. Do you think that the ability of the Assembly centrally to do that has improved and, if so, how has that

[7] Brian Gibbons: Ie, dau beth. Un mater na chyfeiriasoch ato yw effaith taliadau cyfalaf ar yr NHS, gan fod hynny oll yn rhan o'r farchnad fewnol. Tybed a hoffech ddweud pa effaith a gafodd taliadau cyfalaf yn eich barn chi? A oedd ganddynt ddiben defnyddiol? A oes ganddynt ddiben defnyddiol o hyd? Ac at bwy mae taliadau cyfalaf yr arian yn dychwelyd? Yr ail fater yw bod yr adroddiad cloriannu wedi nodi mai un o'r beirniadaethau oedd nad oedd y Swyddfa Gymreig ar y pryd â digon o adnoddau i ymgymryd â'r gwaith o fonitro'r hyn a oedd yn digwydd oherwydd bod gweithgareddau yn cael eu cwtogi yno. A gredwch fod gallu'r Cynulliad yn ganolog i wneud hynny

been achieved?

Mr Gregory: If capital charges work efficiently, their impact should be neutral. It is only to the extent that they do not operate neutrally that they cause difficulties. I think that it is entirely appropriate that the NHS should be required to take decisions about expenditure, particularly about investment, and the utilisation of physical resources. It should be required to do that on the basis of a proper economic appraisal and appreciation of what those decisions and what that utilisation mean. Capital charges are a way of achieving that. I think that they have had a significant benefit in that respect, because they force people to understand that keeping a hospital half empty has a particular effect. It represents an opportunity cost.

I think that difficulties could arise in two ways. One is the extent to which capital charges properly reflect the real costs of utilisation or initiatives. I am not arguing that the capital charges regime itself is absolutely perfect. There may come a time when we need to look at it. The other thing is that the

wedi gwella ac, os felly, sut y cafodd hynny ei gyflawni?

Mr Gregory: Os yw taliadau cyfalaf yn gweithio'n effeithlon, dylent gael effaith niwtral. Dim ond pan nad ydynt yn gweithredu'n niwtral y maent yn achosi anawsterau. Credaf ei bod yn gwbl briodol y dylid ei gwneud yn ofynnol i'r NHS wneud penderfyniadau ynglyn â gwariant, yn enwedig ym maes buddsoddi, a defnyddio adnoddau ffisegol. Dylai fod yn ofynnol iddo wneud hynny ar sail gwerthusiad economaidd trylwyr ac arfarniad o'r hyn y mae'r penderfyniadau hynny a'r defnydd hwnnw yn ei olygu. Mae taliadau cyfalaf yn fodd o gyflawni hynny. Credaf eu bod o fudd sylweddol yn hynny o beth, gan eu bod yn gorfodi pobl i ddeall bod cadw ysbyty'n hanner gwag yn cael effaith benodol. Cyfle cost ydyw.

Credaf y gallai anawsterau godi mewn dwy ffordd. Un o'r anawsterau yw'r graddau y mae taliadau cyfalaf yn gwir adlewyrchu costau gwirioneddol defnydd neu fentrau. Nid wyf yn dadlau bod y drefn taliadau cyfalaf ei hun yn gwbl berffaith. Efallai y daw adeg pan fydd angen inni ei hystyried.

capital charges regime can have unintended effects in 'destabilising' is too strong a word, but in adding to the volatility of NHS finance. We have seen that with the opening of the Royal Glamorgan Hospital. That has had a significant effect a capital charges effect on the Pontypridd and Rhondda NHS Trust and on Bro Taf Health Authority. In the allocations that we are making this year, we are having to take steps to try to neutralise that effect because it would otherwise mean that patient care services would have to be reduced in order to fund the balance. I think that what I am saying here is that, in principle, you need some such mechanism to make sure that decisions about investment and utilisation are taken with a proper economic appreciation but that there are attendant difficulties in that. Some of those can actually be quite severe year on year.

On the Welsh Office's role in all of this, in the 1980s and into the 1990s, the Welsh Office I was involved in this with my predecessor, John Wyn Owen had developed a particular approach to the general management function in

Y mater arall yw y gall y drefn taliadau cyfalaf esgor ar effeithiau annisgwyl wrth mae 'dadsefydlogi' yn air rhy gryf, ond wrth ychwanegu at gyfnewidioldeb cyllid yr NHS. Yr ydym wedi gweld hynny yn sgîl agor Ysbyty Brenhinol Morgannwg. Mae hynny wedi cael effaith sylweddol effaith taliadau cyfalaf ar Ymddiriedolaeth NHS Pontypridd a'r Rhondda ac Awdurdod Iechyd Bro Taf. Wrth ddyrannu arian eleni, mae'n rhaid inni gymryd camau i niwtraleiddio'r effaith honno neu fel arall byddai'n golygu y byddai'n rhaid cwtogi ar wasanaethau gofal i gleifion er mwyn ariannu'r gweddill. Credaf mai'r hyn yr wyf yn ei ddweud yma yw bod angen, o ran egwyddor, rhyw fecanwaith o'r fath i sicrhau y caiff penderfyniadau ynglyn â buddsoddiad a defnydd eu gwneud yng ngoleuni arfarniad economaidd priodol ond bod anawsterau ynghlwm wrth hynny. Mae rhai ohonynt yn gallu bod yn eithaf llym flwyddyn ar ôl blwyddyn.

Ynglyn â rôl y Swyddfa Gymreig yn hyn o beth, yn yr 1980au ac ar ddechrau'r 1990au, yr oedd y Swyddfa Gymreig yr oeddwn yn cymryd rhan yn hyn gyda'm rhagflaenydd, John Wyn Owen wedi datblygu ymagwedd

the NHS. That was one that was based upon the notion of the NHS being a corporate entity and also that that corporate enterprise was to improve health in Wales. Strange although it may seem, both of those were actually rather idiosyncratic at the time. They have become common currency since.

The creation of the internal market had an inevitable consequence for the notion of corporacy and collective enterprise. At the same time, there was in 1994, as you will recall, a very significant drive to reduce management costs. In fact, that was led by Wales and the then Secretary of State for Wales. That meant both reductions in costs inside the NHS, which led to the reorganisation of health authorities, and costs within the Welsh Office. I was in my present job at that time and the costs bore particularly heavily on my part of the office, with the result that we had to undertake a quite significant change in our relationship with the NHS. The stocktake report discusses this to some extent. The effect of that was to substantially withdraw the Welsh Office's health department, as it then was, from what had been its strategic

benodol tuag at swyddogaeth rheoli cyffredinol yr NHS. Yr oedd honno'n seiliedig ar y cysyniad bod yr NHS yn endid corfforaethol ac hefyd bod y fenter gorfforaethol honno'n mynd i wella iechyd yng Nghymru. Yn rhyfedd iawn, yr oedd y ddau gysyniad hyn yn eithaf hynod bryd hynny. Ers hynny maent wedi dod yn gyffredin.

Bu goblygiadau anochel ar gyfer y cysyniad o gorfforaetholdeb a chyd-fenter yn sgil creu'r farchnad fewnol. Ar yr un pryd, yn 1994, yr oedd ymgyrch sylweddol iawn, fel y cofiwch, tuag at leihau costau rheoli. Yn wir, Cymru ac Ysgrifennydd Gwladol Cymru ar y pryd a arweiniodd y gad yn hynny o beth. Golygai hynny ostyngiadau mewn costau o fewn yr NHS, a arweiniodd at ad-drefnu'r awdurdodau iechyd, a chostau o fewn y Swyddfa Gymreig. Yr oeddwn yn fy swydd bresennol bryd hynny ac yn fy rhan o'r swyddfa yr oedd costau'n hynod o feichus. O'r herwydd bu'n rhaid inni newid ein perthynas â'r NHS gryn dipyn. Mae'r adroddiad cloriannu yn trafod hyn i raddau. Effaith hynny fu tynnu adran iechyd y Swyddfa Gymreig, fel yr oedd ar y pryd, i raddau helaeth, oddi wrth ei rôl rheoli strategol, fel yr oedd wedi bod,

management role and to rely, as a consequence, on the NHS itself through the relationship between health authorities and trusts to manage issues such as regional acute services. At one time, those services were led by the Welsh Office. I, at one stage, held the post of manager of regional services. During the course of the period that I am describing, the Welsh Office had to give up its role in that respect and it was passed out to the health authorities who did it collectively. That eventually led to the creation of the special health services commissioning group led by Gillian Todd, which is now responsible for it. That is one example of a number of ways in which the centre was downsized with, ultimately, a significant impact on our ability to strategically manage the NHS.

[8] Brian Gibbons: Has it improved?

Mr Gregory: I am glad to say that it has. The structure of the organisation has been changed. We have been reviewed and I now think that we are in better organisational shape. We have had a significant increase in the

gan ddibynnu, o ganlyniad, ar yr NHS ei hun drwy'r berthynas rhwng yr awdurdodau a'r ymddiriedolaethau iechyd i reoli materion megis gwasanaethau aciwt rhanbarthol. Ar un adeg, arweiniwyd y gwasanaethau hynny gan y Swyddfa Gymreig. Yr oeddwn innau, ar un adeg, yn dal swydd rheolwr gwasanaethau rhanbarthol. Yn ystod y cyfnod yr wyf yn ei ddisgrifio, bu'n rhaid i'r Swyddfa Gymreig roi'r gorau i'w rôl yn hynny o beth ac fe'i trosglwyddwyd i'r awdurdodau iechyd a ymgymrodd â hi ar y cyd. Arweiniodd hynny yn y pen draw tuag at greu grwp comisiynu gwasanaethau iechyd arbennig o dan arweinyddiaeth Gillian Todd a'r grwp hwnnw sydd yn gyfrifol amdani bellach. Mae hynny'n enghraifft o nifer o ffyrdd y cafodd y ganolfan ei chwtdgi gan effeithio'n sylweddol, yn y pen draw, ar ein gallu i reoli'r NHS yn strategol.

[8] Brian Gibbons: A yw wedi gwella?

Mr Gregory: Mae'n dda gennyf nodi ei bod wedi gwella. Mae strwythur y sefydliad wedi ei newid. Yr ydym wedi cael ein harolygu ac mae ein sefyllfa drefniannol wedi gwella. Cawsom gynnydd sylweddol yn yr adnoddau

resources that are available for staffing, although that is still working through. We have also changed the relationship with the NHS. It is only relatively recently that I have felt it possible, because of the development of a better relationship with the NHS, to assume the kind of what I will describe as a leadership role, for want of a better expression, with the NHS that I believe is necessary. I now meet all NHS chief executives every month for a business meeting that is of the kind that you might imagine that the management board of a large company might have. That relationship is relatively new but it has rebuilt the kind of relationship that used to exist something like eight to 10 years ago.

[9] Janet Davies: Thank you. I think that Peter Black wants some more clarification.

[10] Peter Black: Yes. I just want to try to clarify some points and ensure that I understand what you are saying. You must excuse me if I simplify this. I have a very simple mind when it comes to these things. It seems to me that you are saying that the creation of an internal market, combined with the downsizing of the central

sydd ar gael inni ar gyfer staffio, er bod effaith hynny heb ei gweld yn llawn hyd yn hyn. Yr ydym hefyd wedi newid y berthynas â'r NHS. Dim ond yn gymharol ddiweddar yr wyf wedi teimlo, yn sgîl datblygu perthynas well â'r NHS, bod modd ymgymryd â'r math o rôl â'r NHS y byddaf yn ei disgrifio fel rôl arweiniol, yn niffyg gwell gair, sydd yn angenrheidiol yn fy marn i. Bellach yr wyf yn cwrdd â holl brif weithredwyr yr NHS bob mis ar gyfer cyfarfod busnes o'r fath y gallech ddychmygu y byddai bwrdd rheoli cwmni mawr yn ei gynnal. Mae'r berthynas honno yn gymharol newydd ond mae wedi ailadeiladu'r math o berthynas a oedd yn arfer bodoli tua wyth i 10 mlynedd yn ôl.

[9] Janet Davies: Diolch. Credaf fod Peter Black am ragor o eglurhad.

[10] Peter Black: Ie. Hoffwn geisio cadarnhau rhai pwyntiau a sicrhau fy mod yn deall yr hyn yr ydych yn ei ddweud. Rhaid ichi fy esgusodi os symleiddiaf hyn. Mae gennyf feddwl syml iawn o ran y pethau hyn. Yn ôl yr hyn a ddeallaf, yr ydych yn dweud bod creu marchnad fewnol, ynghyd â chwtogi ar weinyddiaeth ganolog y

administration of the national health service at the Welsh Office level, effectively created a very complex financial management structure within the NHS that made it very difficult to manage these deficits. As a result, those deficits were created. Would that be a fair summary?

Mr Gregory: Almost, but not quite in terms of the last bit. I think that you have summarised well what I was trying to say about the relationship and the way in which the financial management system worked. That did not cause the deficit. I think that all of that was one of the reasons why the other causes that I have described in terms of efficiency rising levels of activity and so on were much more difficult to deal with. Listening to the way that you summarised it, I think that, although it is inevitably my responsibility as the accounting officer to ensure the good financial management of the NHS, the kind of leadership role that that implies in terms of leading service development, performance management and all of those issues came not to be expected. So what you have is a complex weave of pressures and causation and, on top of that, a withdrawal from the kind of

gwasanaeth iechyd gwladol ar lefel y Swyddfa Gymreig, wedi arwain at greu strwythur rheoli ariannol cymhleth iawn o fewn yr NHS a oedd yn ei gwneud yn anodd iawn i reoli'r diffygion hyn. O ganlyniad, cynhyrchwyd y diffygion hynny. A fyddai hynny'n grynodeb teg?

Mr Gregory: Bron iawn, ond nid yn gyfan gwbl o ran y darn olaf. Credaf eich bod wedi rhoi crynodeb da o'r hyn yr oeddwn yn ceisio ei ddweud ynglyn â'r berthynas a'r modd yr oedd y system rheoli ariannol yn gweithredu. Ni achosodd hynny'r diffyg. Credaf fod hynny oll yn un o'r rhesymau pam yr oedd yn llawer anos ymdrin â'r achosion eraill a ddisgrifiais o ran effeithlonrwydd lefelau gweithgaredd yn cynyddu ac ati. Wedi gwrandao ar y ffordd y buoch yn ei grynhai, er mai fy nghyfrifoldeb i wrth reswm fel y swyddog cyfrifo yw sicrhau rheolaeth ariannol dda yr NHS, credaf nad oedd disgwyl bellach y math o rôl arweiniol a fyddai ymhlyg wrth hynny o ran arwain datblygiad gwasanaeth, rheoli perfformiad a'r holl faterion hynny. Yr hyn sydd gennych yw pwysau a phroses achos yn cydblythu ac, ar ben hynny, tynnu'n ôl o'r math o rôl rheoli strategol y byddai ei hangen i ymdrin

strategic management role that would have been needed to deal with it effectively, plus, actually, a much more sophisticated financial management system in any event. Those three things came together.

[11] Peter Black: So the situation was that you became aware that these deficits were building up, but you felt unable to do anything about it because you did not have that leadership role?

Mr Gregory: I would not say that we felt that we could not do anything about it. We felt that things needed to be done and, for several years, we sought to do so. There was a context within which that had to be done. I am quite happy to explain to the Committee why that itself was very difficult to achieve. It was not a matter of our abdicating our responsibility. I am describing a general situation within which still as the accounting officer I had to take the action that I felt was necessary. That included requiring from the health authorities and trusts that were clearly in difficulties a financial recovery planning process that would deliver. We had umpteen meetings, discussions

ag ef yn effeithiol, ynghyd â system rheoli ariannol lawer mwy soffistigedig mewn gwirionedd. Daeth y tri pheth hynny at ei gilydd.

[11] Peter Black: Y sefyllfa felly oedd ichi ddod yn ymwybodol bod y diffygion hyn yn tyfu, ond yr oeddech yn teimlo nad oeddech yn gallu gwneud unrhyw beth yn ei gylch oherwydd nad oedd gennych y rôl arweiniol honno?

Mr Gregory: Ni fyddwn yn dweud ein bod yn teimlo na allem wneud unrhyw beth yn ei gylch. Yr oeddem yn teimlo bod angen gwneud pethau a, am nifer o flynyddoedd, ceisiasom wneud hynny. Yr oedd yn rhaid gwneud hynny o fewn cyd-destun penodol. Yr wyf yn gwbl fodlon egluro i'r Pwyllgor pam yr oedd yn anodd iawn cyflawni hynny. Nid mater o gefnu ar ein cyfrifoldeb ydoedd. Yr wyf yn disgrifio sefyllfa gyffredinol lle yr oedd yn rhaid imi fel y swyddog cyfrifo o hyd gymryd y camau yr oedd eu hangen yn fy marn i. Yr oedd hynny'n cynnwys gofyn i'r awdurdodau a'r ymddiriedolaethau iechyd a oedd yn amlwg yn cael trafferth am broses cynllunio adfer ariannol a fyddai'n llwyddo. Cawsom

and rather difficult dialogue between the health department and individual health authorities and trusts about that. Therefore, we felt engaged in trying to tackle the problem but that was against a background of a more sophisticated financial management system and an assumption that strategic management was not the nature of our job.

[12] Peter Black: So you are saying that you tried to tackle the deficits, but the structure that you had to cope with made it almost impossible to do so?

Mr Gregory: No. That sounds like a kind of displacement strategy, which is not what I am about. I think that you have to add into all of this what the political environment was in which this was being acted out. If you look at the way in which deficits rose they started to become acute at the national level from 1995 onwards, and became most evident in around 1996-97 you had, and I am now quoting from the stocktake report, an approach to a general election, a referendum on devolution, elections to the Assembly

nifer helaeth o gyfarfodydd, trafodaethau a dialog braidd yn anodd rhwng yr adran iechyd a'r awdurdodau iechyd unigol ynglyn â hynny. Felly, yr oeddem yn teimlo ein bod yn cymryd rhan yn y broses o geisio mynd i'r afael â'r broblem ond digwyddodd hynny yn erbyn cefndir o system rheoli ariannol fwy soffistigedig a'r rhagdybiaeth nad oedd rheoli strategol yn rhan o'n swydd.

[12] Peter Black: Felly yr ydych yn dweud ichi geisio mynd i'r afael â'r diffygion, ond bod y strwythur yr oedd yn rhaid i chi ymdopi â hi yn ei gwneud yn amhosibl bron ichi wneud hynny?

Mr Gregory: Nac ydwyf. Mae hynny'n ymddangos fel rhyw fath o strategaeth ddadleoli, ac nid yw hynny'n fwriad gennyf. Yn hyn i gyd, mae'n rhaid ichi vstyried y sefyllfa wleidyddol yr oedd pawb yn gweithredu ynnddi, yn fy marn i. Os vstyriwch y modd y cynyddodd diffygion dechreusant fod yn ddifrifol ar lefel genedlaethol o 1995 ymlaen, gan amlygu eu hunain fwyaf o gwmpas 1996-97 yr oedd gennyf, ac yr wyf yn dyfynnu o'r adroddiad cloriannu yn awr, etholiad cyffredinol yn nesáu, refferendwm ar ddatganoli, etholiadau

and trust reconfiguration. All of that made the whole context within which any service response to the financial difficulty became more difficult. I think that what happened in Dyfed Powys in that period, where the health authority tried very energetically to respond to the financial difficulties it was facing, was that it fell foul of that political context.

I think that one of my regrets is that we did not foresee in a sufficiently sophisticated way that trying to be energetic and pretty hard-nosed about tackling these problems in the way in which the health authority did the first time round and this was in the run up to the election, and involved a plan that said quite openly that services would have to contract; community hospitals, you may remember, were said to have to close had a dramatic impact on the receptivity of the body politic in the area to the idea that that was necessary. There was a reaction against it and it sent a very powerful message to the rest of the NHS, that if you want to tackle financial problems, contracting services, dealing with it with a service-driven approach would

i'r Cynulliad ac ailgyflunio'r ymddiriedolaethau. Yr oedd hynny i gyd yn golygu bod yr holl gyd-destun o ran gwasanaethau yn ymateb i'r anawsterau ariannol yn dod yn anos. Credaf mai'r hyn a ddigwyddodd yn Nyfed Powys yn ystod y cyfnod hwnnw, pan geisiodd yr awdurdod iechyd ymateb i'r anawsterau ariannol yr oedd yn ei wynebu mewn ffordd egniol iawn, oedd pechu yn erbyn y cyd-destun gwleidyddol hwnnw.

Credaf mai un o'r agweddau yr wyf yn edifarhau yn ei chylch yw nad oeddem yn rhagweld mewn modd digon soffistigedig bod ceisio bod yn egniol ac eithaf llym wrth fynd i'r afael â'r problemau hyn fel y gwnaeth yr awdurdod iechyd yn y lle cyntaf ac yr oedd hyn yn ystod y cyfnod cyn yr etholiad, ac yn ymwneud â chynllun lle y dywedwyd yn agored y byddai'n rhaid i wasanaethau gontractio; dywedwyd bod yn rhaid i vsbytai cymunedol gau, fel y cofiwch efallai wedi cael effaith ysgubol ar barodrwydd gwleidyddion yn y maes i dderbyn y syniad bod hynny'n angenrheidiol. Yr oedd adwaith yn ei erbyn ac anfonodd neges gref iawn i weddill yr NHS, hynny yw os oeddech am fynd i'r afael â'r problemau

not actually work. The consequence was that the political response I am using 'political' in terms of community and not party politics; the local response would be a better expression would be so antipathetic that it would gridlock. You would never move out of that situation.

It has taken us a long time to overcome that, to re-establish the relations that I described earlier and to start to frame a new approach to tackling difficult issues inside the NHS which others have described as participative governance. That is, a way of going about community involvement in an ownership of problems of the kind that need to be faced in order to deal with financial difficulties. It has taken us a long time to develop that. The experience of Powys is a very good example of the attempt to do that, but even that is not without its difficulties and its traumas.

[13] Janet Davies: Thank you. I have two Members who want to come in on

ariannol, contractio gwasanaethau, ni fyddai ymdrin â hi drwy ymagwedd wedi ei llywio gan wasanaethau yn tycio. O ganlyniad, byddai'r ymateb gwleidyddol ac yr wyf yn defnyddio 'gwleidyddol' yn nhermau'r gymuned ac nid o ran gwleidyddiaeth plaid; byddai'r ymateb lleol yn well disgrifiad mor wrthwynebus fel na fyddai ffordd ymlaen. Ni fyddech byth yn symud o'r sefyllfa honno.

Y mae wedi cymryd cryn amser inni oresgyn hynny, ailsefydlu'r cydberthnasau a ddisgrifiais yn gynharach a dechrau llunio ymagwedd newydd, y mae eraill wedi ei disgrifio yn rheoli cyfranogol, tuag at fynd i'r afael â materion dyrys o fewn yr NHS. Hynny yw, dull o gael cyfranogiad y gymuned drwy fod yn berchen ar broblemau o'r math y mae angen eu hwynebu er mwyn mynd i'r afael ag anawsterau ariannol. Mae wedi cymryd cryn amser inni ddatblygu hynny. Mae profiad Powys yn enghraifft dda iawn o'r ymgais i wneud hynny, ond mae hyd yn oed hynny heb ei anawsterau a'i helbulion.

[13] Janet Davies: Diolch. Mae gennyf ddau Aelod sydd am siarad am hyn,

this, but I really think that we need to move on a bit. Alison, can I ask you to come in?

[14] Alison Halford: Yes. I do not mind who answers these questions, Mr Gregory. It has been touched on already that in 1996-97, as you know, there were five health authorities and 30 trusts. The number of trusts has now been halved to 15, with a view to reducing administration costs. What has been saved by this reconfiguration and is there scope to reconfigure the five health authorities and reduce them in number?

Mr Gregory: I will happily answer both those questions, but can I make one point about the way in which you framed the question? I would want to challenge the notion that trust reconfiguration was simply about saving money. It was not.

[15] Alison Halford: We have the questions to put to you. If you do not like the question, move on to the bit that you do like.

Mr Gregory: Thank you very much. I appreciate that. If I could just

ond credaf fod angen inni symud ymlaen ychydig. Alison, a gaf ofyn ichi siarad?

[14] Alison Halford: Cewch. Nid oes gwahaniaeth gennyf pwy sydd yn ateb y cwestiynau hyn, Mr Gregory. Soniwyd eisoes bod pum awdurdod iechyd a 30 ymddiriedolaeth yn 1996-97, fel y gwyddoch. Cafodd nifer yr ymddiriedolaethau ei haneru bellach i 15, gyda'r bwriad o leihau costau gweinyddol. Faint o arian a arbedwyd yn sgîl yr ailgyflunio hwn ac a oes lle i ailgyflunio'r pum awdurdod iechyd a lleihau eu nifer?

Mr Gregory: Yr wyf yn fodlon ateb y ddau gwestiwn hynny, ond a gaf wneud un pwynt ynghylch y modd y lluniasoch y cwestiwn? Hoffwn herio'r syniad mai arbed arian oedd unig nod ailgyflunio'r ymddiriedolaethau. Nid yw hynny'n wir.

[15] Alison Halford: Mae'r cwestiynau gennym ni i'w gofyn ichi. Os nad ydych yn hoffi'r cwestiwn, symudwch i'r rhan yr ydych yn ei hoffi.

Mr Gregory: Diolch yn fawr iawn. Yr wyf yn gwerthfawrogi hynny. Os caf

elaborate my point, we were very, very clear when we launched trust reconfiguration and we did it in a way that was radically different from the way in which trusts had been formed and the way in which trust reconfiguration was done in the other countries of Great Britain. We did it led by the Welsh Office. This was going back to strategic management; it was the re-engagement of strategic management. We did it principally because we believed that there were patient care advantages in bringing trusts together in the way that we eventually did. I have to say that I would argue that, notwithstanding the difficulties that we had last winter, we would have had very much greater difficulties in handling the pressures, had we not brought trusts together in the way that we did.

Moving on to what has been saved, in the last financial year the trust reconfiguration process actually cost money and was expected to do so. In fact, that was one of the reasons why we had the level of deficit that we did. I believe from memory that the net cost was around £4 million. This year, we

ymhelaethu ar fy mhwynt, yr oeddem yn sicr iawn, iawn pan lansiasom ailgyflunio'r ymddiriedolaethau ac fe'i gwnaethom mewn modd a oedd yn hollol wahanol i'r modd y lluniwyd ymddiriedolaethau a'r modd y'u hailgyfluniwyd yng ngwledydd eraill Prydain Fawr. Gwnaethom hynny o dan arweinyddiaeth y Swyddfa Gymreig. Yr oedd hyn yn dychwelyd at reoli strategol; ailgydiwyd mewn rheoli strategol. Fe'i gwnaethom yn bennaf oherwydd ein bod o'r farn fod manteision o ran gofal i gleifion yn deillio o ddod â'r ymddiriedolaethau ynghyd yn y modd a wnaethom yn y pen draw. Mae'n rhaid imi ddweud y byddwn yn dadlau, er gwaethaf yr anawsterau a gawsom y gaeaf diwethaf, y byddem wedi cael anawsterau llawer dwysach wrth ymdopi â'r pwysau, pe na byddem wedi dod â'r ymddiriedolaethau ynghyd fel y gwnaethom.

Gan symud ymlaen at yr hyn a arbedwyd, yn y flwyddyn ariannol ddiwethaf, yr oedd y broses o ailgyflunio'r ymddiriedolaethau yn costio arian mewn gwirionedd ac yr oedd hynny yn ôl y disgwyl. Yn wir, dyna un o'r rhesymau am lefel y diffyg a gawsom. Yn ôl yr hyn a gofiaf, tua £4

are expecting trust reconfiguration to produce a benefit at around the same level. So, from a cost of about £4 million, we expect it to flip over to a saving of about £4 million. Over three years, we expect to get up to a recurrent saving of something like £6 million a year. That was all set out in the trust reconfiguration process and I will be looking to auditors to confirm that that has happened and is not just assumed to be in the system.

[16] Alison Halford: So having had such a success with the reduction of the trusts, what about the health authorities?

Mr Gregory: Having done it once already, I cannot say that at a personal level I have an enormous amount of appetite for it. In my experience, I have taken the NHS through its biggest structural and policy change probably in its history and certainly since 1974. I think that it is generally

[17] Alison Halford: Can I ask you, yes or no?

miliwn oedd y gost net. Eleni, yr ydym yn disgwyl i ailgyflunio ymddiriedolaethau gynhyrchu budd o tua'r un lefel. Felly, ar ôl cost o tua £4 miliwn, yr ydym yn disgwyl y caiff ei gweddnwid i arbediad o tua £4 miliwn. Dros dair blynedd, yr ydym yn disgwyl y byddwn yn arbed tua £6 miliwn y flwyddyn yn barhaus. Cafodd hynny i gyd ei nodi yn y broses o ailgyflunio'r ymddiriedolaethau a byddaf yn disgwyl i'r archwilwyr gadarnhau bod hynny wedi digwydd yn hytrach na rhagdybio ei bod yn y system.

[16] Alison Halford: Felly a chithau wedi cael llwyddiant o'r fath wrth leihau nifer yr ymddiriedolaethau, beth am yr awdurdodau iechyd?

Mr Gregory: Ar ôl gwneud hynny unwaith eisoes, ni allaf ddweud ar lefel personol fod llawer o chwant gennyf at hynny. Yn fy mhrofiad, yr wyf wedi arwain yr NHS drwy'r newid mwyaf o bosibl yn ei hanes, yn bendant ers 1974, o ran strwythur a pholisi. Credaf ei fod, yn gyffredinol

[17] Alison Halford: A gaf ofyn ichi, ie neu nage?

Mr Gregory: The impact of putting organisations through reorganisation is generally underestimated. I think that part of our deficit problem is down to the fact that trusts have been restructured. I would still defend that decision, but I think that it is part of it. If you put health authorities through another reorganisation at a time of acute pressure and financial difficulty, you will exacerbate those problems.

[18] Alison Halford: That is helpful. I will move on, as we only have a limited amount of time. I am grateful for that answer. The report on which we are working forecasts a deficit for 1999-2000 of £26.2 million. I am sure that you know that figure well. Can you provide an update of this estimate and explain to this Committee what can be done to tackle what appears to be a worsening financial situation?

Mr Gregory: Just as a matter of comparison, the Comptroller and Auditor General's audited figure for 1998-99 was £21.7 million. Our current forecast for 1999-2000, and I expect it

Mr Gregory: Yn gyffredinol, caiff goblygiadau ad-drefnu sefydliadau eu tanbychanu. Credaf fod rhan o'r problem o ran diffygion yn deillio o'r ffaith bod yr ymddiriedolaethau wedi cael eu hailgyflunio. Byddwn yn dadlau o blaid y penderfyniad hwnnw o hyd, ond credaf fod hynny'n rhan ohono. Os aildrefnwch yr awdurdodau iechyd eto ar adeg pan fydd pwysau ac anhawster ariannol difrifol, byddwch yn gwaethygu'r problemau hynny.

[18] Alison Halford: Mae hynny o gymorth. Symudaf ymlaen, gan mai dim ond ychydig o amser sydd gennym. Yr wyf yn ddiolchgar am yr ateb hwnnw. Mae'r adroddiad yr ydym yn ei ddefnyddio yn rhagweld y bydd diffyg o £26.2 miliwn ar gyfer 1999-2000. Yr wyf yn siwr eich bod yn gwbl ymwybodol o'r ffigur hwnnw. A allwch ddiweddarau'r amcangyfrif hwn ac esbonio i'r Pwyllgor hwn beth y gellir ei wneud i fynd i'r afael â sefyllfa ariannol sydd yn dirywio yn ôl pob golwg?

Mr Gregory: Fel cymhariaeth yn unig, £21.7 miliwn oedd ffigur archwiliedig y Rheolwr a'r Archwilydd Cyffredinol ar gyfer 1998-99. Yn ôl ein rhagolwg cyfredol ar gyfer 1999-2000, a

to come in at around this figure, is £20 million. Therefore, it is about £6 million less than we told the National Audit Office in December that we thought the figure was.

The answer to the second half of your question, I am afraid, cannot be so brief. I am clear in my own mind that as a result of the measures that we have taken, partly prompted by the stocktake but also by work that Sarah Beaver was already doing in collaboration with the NHS, the position was more or less stabilised this last financial year. It certainly was in terms of financial performance. For this current financial year, 2000-01, we have a highly provisional estimate and you will understand all of the kind of equivocation and caveats that one has to attach to this that the out-turn this financial year without the budget would have been slightly less than £20 million. I guess that it would be somewhere around £18 million. With the budget, for reasons that I can explain, it is very much more satisfactory than that. I would argue, I think, as a consequence, that the measures that we have put in place had done what we had intended in our first

disgwyliaf iddo fod o amgylch y ffigur hwn, £20 miliwn fydd y ffigur. Felly, mae tua £6 miliwn yn is na'r hyn a ddywedasom wrth y Swyddfa Archwilio Genedlaethol ym mis Rhagfyr fel y ffigur yn ein barn ni.

Wrth ateb ail hanner eich cwestiwn, ofnaf na allaf fod mor gryno. Yr wyf yn gwbl argyhoeddedig i'r sefyllfa ymsefydlogi fwy neu lai yn ystod y flwyddyn ariannol ddiwethaf o ganlyniad i'r mesurau a gymerwyd gennym, yn deillio'n rhannol o'r adroddiad cloriannu ond hefyd o'r gwaith yr oedd Sarah Beaver yn ei wneud eisoes mewn cydweithrediad â'r NHS. Yn bendant, yr oedd o ran perfformiad ariannol. Ar gyfer y flwyddyn ariannol gyfredol, sef 2000-01, amcangyfrif bras iawn sydd gennym a byddwch yn deall yr holl ffactorau na ellir bod yn sicr yn eu cylch sydd ynghlwm wrth hyn y byddai'r all-dro ar gyfer y flwyddyn ariannol hon heb y gyllideb wedi bod ychydig yn is na £20 miliwn. Byddai tua £18 miliwn yn ôl fy amcan i. Gyda'r gyllideb, mae'n llawer mwy boddhaol na hynny am resymau y gallaf eu hesbonio. Byddwn yn dadlau, fe gredaf, o ganlyniad, bod y mesurau a sefydlwyd gennym wedi cyflawni'r

strategy, which was to staunch the flow of blood, if I can put it that way. The second part is how do you put in place measures to put things right. You look at the stocktake report, you go through its analysis of the problems and you make sure that you are successfully tackling each of them. I can take the Committee through that if you would like.

[19] Alison Halford: No. I will stop you there. We are just touching on vast subjects. I have a brief to ask particular questions, so forgive me for being so rude. Should the accumulated deficits of the NHS in Wales be written off and, if so, what is the impact on the Assembly's available financial resources?

Mr Gregory: Sorry?

[20] Alison Halford: Should the accumulated deficits be written off? If that is your recommendation, what does that mean to the Assembly's available financial resources?

Mr Gregory: You have to be careful about terminology here.

hyn yr oeddem yn anelu ato yn ein strategaeth gyntaf, sef atal y gwaedlif, os caf ei ddisgrifio felly. Yr ail ran yw sut y gallwch roi mesurau yn eu lle a fydd yn unioni'r sefyllfa. Yr ydych yn edrych ar yr adroddiad cloriannu, yr ydych yn vstyried ei ddadansoddiad o'r problemau a sicrhau eich bod yn mynd i'r afael â phob un ohonynt yn llwyddiannus. Gallaf dywys y Pwyllgor drwy hynny os dymunwch.

[19] Alison Halford Na. Gofynnaf ichi ddod i ben ar y pwynt hwnnw. Yr ydym yn sôn yn fras am bynciau enfawr. Mae gennyf frîff i ofyn cwestiynau penodol, felly maddeuwch imi am fod mor anghwrtais. A ddylid dileu diffygion cronedig yr NHS yng Nghymru ac, os felly, beth fydd yr effaith ar yr adnoddau ariannol sydd ar gael i'r Cynulliad?

Mr Gregory: Mae'n ddrwg gennyf?

[20] Alison Halford: A ddylid dileu'r diffygion cronedig? Os ydych yn argymhell hynny, beth fydd hynny'n golygu i'r adnoddau ariannol sydd ar gael i'r Cynulliad?

Mr Gregory: Mae'n rhaid ichi fod yn ofalus ynglyn â therminoleg yma.

[21] Alison Halford: Okay. I can only go on the brief that I have in front of me.

Mr Gregory: I just want the Committee to be clear about what my answer is seeking to achieve. There are two separate financial descriptors here, if I can put it that way. One is deficit, which is, if you like, the difference between the ongoing cost of an organisation and its ongoing income. The other is debt. That is the extent to which it has had to borrow from another party, in this case the Welsh Office or the Assembly, in order to provide cash to bridge between those recurrent income and expenditure deficits. So far as the accumulated deficit is concerned, there is a process by which when new trusts are set up the Comptroller and Auditor General mentions this in his report income and expenditure deficits are written off. That is a process that has occurred recently and should see a modest reduction in the accumulated deficit because of write off. That is a natural process and I do not believe that it is for me to say whether deficits should be written off because there is actually a legal duty

[21] Alison Halford: O'r gorau. Ni allaf ond gweithio yn ôl y briff sydd o'm blaen.

Mr Gregory: Yr wyf ddim ond am i'r Pwyllgor fod yn eglur ynglyn â'r hyn y mae fy ateb yn ceisio ei gyflawni. Mae yma ddau ddisgrifydd ariannol ar wahân, os gallaf eu disgrifio felly. Diffyg yw un ohonynt, sef y gwahaniaeth, os mynnwch, rhwng costau parhaus sefydliad a'i incwm parhaus. Dyled yw'r llall. Hynny yw, i ba raddau y mae'n rhaid iddo fenthyca oddi wrth barti arall, sef y Swyddfa Gymreig neu'r Cynulliad yn yr achos hwn, er mwyn cael arian i bontio rhwng y diffygion incwm a gwariant parhaus. Cyn belled ag y bo'r diffyg cronodig yn y cwestiwn, mae proses sydd yn dileu diffygion incwm a gwariant pan gaiff ymddiriedolaethau newydd eu sefydlu mae'r Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol yn cyfeirio at hyn yn ei adroddiad. Mae'n broses sydd wedi digwydd yn ddiweddar ac a ddylai arwain at ostyngiad cymedrol yn y diffyg cronodig o ganlyniad i ddileu. Proses naturiol ydyw a ni chredaf y byddai'n briodol imi ddweud a ddylid dileu diffygion gan fod dyletswydd cyfreithiol mewn gwirionedd

[22] Alison Halford: Somebody has to pay, do they not?

Mr Gregory: There is a legal duty on trusts to break even. That means that if they get into a deficit position, they ultimately have to make a surplus in order to provide the liquidity, as it were, in the system that brings them back into balance. So far as debt is concerned, that is really a political decision for the Assembly and not one for me.

[23] Alison Halford: I will not push any further on that one. I will ask a simpler question, perhaps. The report notes that 25 of the 26 trusts failed on one or more of the three financial objectives that you set them. Four trusts failed on all three financial objectives. Could you please tell us why the performance was so poor?

Mr Gregory: The direct answer to that is because they were coping with the financial difficulties that I described. The consequence of that was that they were unable to meet their duties to

[22] Alison Halford: Mae'n rhaid i rywun dalu, onid oes?

Mr Gregory: Mae dyletswydd cyfreithiol ar ymddiriedolaethau i adennill eu costau. Mae hynny'n golygu, os ydynt yn cyrraedd sefyllfa diffyg, bod yn rhaid iddynt gynhyrchu gwarged yn y pen draw er mwyn sicrhau hylifedd, fel petai, yn y system, a fydd yn eu cydbwysu o'r newydd. Cyn belled ag y mae dyled dan sylw, penderfyniad gwleidyddol i'r Cynulliad ydyw mewn gwirionedd ac nid imi.

[22] Alison Halford: Ni phwysaf ragor ar hynny. Gofynnaf gwestiwn symlach o bosibl. Mae'r adroddiad yn nodi bod 25 o blith y 26 ymddiriedolaeth wedi methu â chyflawni un neu fwy o'r tri amcan ariannol a bennwyd ar eu cyfer gennych. Methodd pedair ymddiriedolaeth â chyflawni pob un o'r tri amcan ariannol. A allech ddweud wrthym pam bod y perfformiad mor wael?

Mr Gregory: Yr ateb uniongyrchol i hynny yw oherwydd eu bod yn ymgodymu â'r anawsterau ariannol a ddisgrifiais. O ganlyniad i hynny, nid oeddent yn gallu cyflawni eu

break even, to return a rate of interest and to contain external financing limits expenditure within the set limits. I must say that the three of the four EFL breaches were highly marginal. They went over if you look in the annex to the summarised accounts by £1,000. That is a reportable offence. I would not say that it is a capital offence. One has to take that into account. As far as the rest are concerned, trusts naturally found it extremely difficult to cope in the financial environment that they faced. The benefit of having a trust financial regime of the kind that we have is that the information you have described is so much clearer. There is no hiding the fact that the great majority of trusts were unable to meet their statutory duty to break even.

[24] Alison Halford: We have mentioned the stocktake a great deal. We were told that the Secretary of State for Wales introduced it in February 1999. It was an interesting report. Do you not think that you should have been proactive and

dyletswyddau i adennill costau, adalu cyfradd llog a chyfyngu gwariant ar derfynau ariannu allanol o fewn y terfynau a bennwyd. Mae'n rhaid imi ddweud y bu tri o blith y pedwar yn torri terfynau ariannu allanol o ychydig iawn yn unig. Aethant £1,000 yn uwch na'r terfyn os edrychwch ar yr atodiad i'r cyfrifon cryno. Mae hynny'n drosedd y gellir ei chofnodi. Nid yw'n drosedd ddihenydd yn fy marn i. Mae'n rhaid ystyried hynny. Cyn belled ag y bo'r gweddill dan sylw, yr oedd ymddiriedolaethau, wrth reswm, yn ei chael yn anodd dros ben i ymdopi â'r amgylchedd ariannol yr oeddent yn ei wynebu. Y fantais o gael trefn ariannol ymddiriedolaethol o'r math sydd gennym yw bod yr wybodaeth a ddisgrifiwyd gennych yn llawer cliriach. Nid oes modd celu'r ffaith fod y rhan fwyaf o'r ymddiriedolaethau wedi methu â chyflawni eu dyletswydd statudol i adennill costau.

[24] Alison Halford: Yr ydym wedi sôn cryn dipyn am yr adroddiad cloriannu. Dywedwyd wrthym bod Ysgrifennydd Gwladol Cymru wedi ei gyflwyno ym mis Chwefror 1999. Yr oedd yn adroddiad diddorol. A ydych o'r farn y dylech fod wedi bod yn rhagweithiol,

undertaken such a report yourself rather than leave it to a political master?

Mr Gregory: I think that having political backing for such an exercise was likely to make it more effective. Alun Michael's intervention at that point was one of the decisive elements in the efforts to achieve financial balance.

[25] Alison Halford: You do not see it as a shortcoming in your own management performance?

Mr Gregory: I would not want to affect to this Committee that as the accounting officer I do not have a responsibility for the situation. I would not want to affect that. On the other hand, given what I have said about the withdrawal from strategic management, and the very significant reduction in staffing, I think that having to have completed this exercise on top of managing the problem was beyond our capacity, frankly. It was for that reason that I so very much welcomed the fact that this was an independent review run by the Policy Unit of the Assembly, as it became.

gan ymgymryd ag adroddiad o'r fath eich hunain yn hytrach na'i adael i feistr gwleidyddol?

Mr Gregory: Credaf fod cefnogaeth wleidyddol i ymarfer o'r fath yn debygol o'i wneud yn fwy effeithiol. Yr oedd ymyrraeth gan Alun Michael ar y pryd un o'r elfennau tyngedfennol a lywiodd yr ymdrechion i gyflawni cydbwysedd ariannol.

[25] Alison Halford: Nid vdych yn ei ystyried yn wendid yn eich perfformiad rheoli eich hun?

Mr Gregory: Ni hoffwn honni i'r Pwyllgor hwn nad oes gennyf gyfrifoldeb dros y sefyllfa fel y swyddog cyfrifo. Ni hoffwn honni hynny. Ar y llaw arall, gan ystyried yr hyn a ddywedais ynglyn â chilio o reolaeth strategol, a'r gostyngiad sylweddol iawn o ran staffio, credaf fod cwblhau'r ymarfer hwn yn ogystal ag ymgodymu â'r broblem y tu hwnt i'n gallu, a dweud y gwir. Oherwydd y rheswm hwnnw, yr oeddwn yn croesawu'r ffaith yn fawr iawn mai arolwg annibynnol a gynhaliwyd gan Uned Bolisi y Cynulliad, fel y daeth i fod, ydoedd.

[26] Alison Halford: I have almost finished. I have a couple more questions. What actions have you been able to take on the main recommendations of the stocktake report?

Mr Gregory: I have gone through the report to tease out every major cause that it ascribes to the deficit. I am confident that in every single respect we are currently undertaking the necessary response to that. There is an awful lot of it. Recognising what you said earlier about time, I am not keen to go through it in detail.

[27] Alison Halford: I am sure that my colleagues will pick up points as necessary. The last question applies to the prompt payment of suppliers. It would appear that the NHS does not have a very good record in paying its suppliers quickly. Have you a comment on that? I can draw your attention to certain paragraphs but it appears that the NHS does not pay quickly. Thus the next question is, does that late payment by national health bodies cause a cash-flow problem for the companies that supply the NHS?

[26] Alison Halford: Yr wyf bron â gorffen. Mae gennyf ddau gwestiwn arall. Pa gamau yr ydych wedi gallu eu cymryd i ymgymryd â phrif argymhellion yr adroddiad cloriannu?

Mr Gregory: Yr wyf wedi astudio'r adroddiad er mwyn canfod pob un o'r prif ffactorau y mae'n eu priodoli i'r diffyg. Yr wyf yn hyderus ein bod yn ymateb i hynny yn ôl yr angen ar bob agwedd ar hyn o bryd. Mae cryn dipyn ohono. Gan gydnabod yr hyn a ddywedasoch yn gynharach ynglyn ag amser, nid wyf am ei drafod yn fanwl.

[27] Alison Halford: Yr wyf yn siwr y bydd fy nghyd-Aelodau yn codi pwyntiau fel y bo'r angen. Mae'r cwestiwn olaf yn ymwneud â thalu cyflenwyr yn brydlon. Ymddengys nad oes gan yr NHS gofnod da iawn o ran talu ei gyflenwyr yn gyflym. A oes gennych sylw ar hynny? Gallaf dynnu eich sylw at baragraffau penodol ond ymddengys nad yw'r NHS yn talu'n gyflym. Felly y cwestiwn nesaf yw, a yw cyrff iechyd cenedlaethol sydd yn talu'n hwyr yn achosi problem llif arian i'r cwmnïau sydd yn cyflenwi'r NHS?

Mr Gregory: I think that the

[28] Alison Halford: Glan Hafren would be an example.

Mr Gregory: Absolutely. That is obviously the most extreme outlier. I think that there are others at the other end of the spectrum. Basically, the point I want to make is that I am not satisfied with the level of performance in this area and we shall be requiring, in the allocation letter that I hope will go out this week, much improved performance by the NHS in this area. So I am not satisfied with it and we have been monitoring this month by month and seeking to improve performance. The fact that we have not had as much effect as I would wish means that we will have to redouble our efforts and make the requirements on the NHS much stricter.

The second part of your question is more difficult. The great majority of health authority payments would actually be within the NHS itself. The issue is really about trusts. That, I think, was the main purpose of your question. In that respect, I would guess that the majority of trusts' expenditure

Mr Gregory: Credaf fod y

[28] Alison Halford: Byddai Glan Hafren yn enghraifft.

Mr Gregory: Yn union. Honno yw'r enghraifft fwyaf difrifol, mae'n amlwg. Credaf fod eraill ar y pegwn arall. Y pwynt yr hoffwn ei wneud yn y bôn yw nad wyf yn fodlon ar lefel y perfformiad yn y maes hwn ac y byddwn yn gofyn am berfformiad llawer gwell yn y maes hwn gan yr NHS yn y llythyr dyrannu yr wyf yn gobeithio y bydd yn cael ei ddsbarthu yr wythnos hon. Felly nid wyf yn fodlon arno ac yr vdym wedi bod yn monitro hyn fesul mis ac yn ceisio gwella perfformiad. Mae'r ffaith nad vdym wedi bod mor effeithiol ag y dymunwn yn golygu y bydd yn rhaid inni ymdrechu o'r newydd a sicrhau bod y gofynion ar yr NHS yn llawer llymach.

Mae'r ail ran o'ch cwestiwn yn anos. Byddai'r mwyafrif helaeth o daliadau'r awdurdodau iechyd o fewn yr NHS ei hun. Mae'r mater yn ymwneud â'r ymddiriedolaethau mewn gwirionedd. Hwnnw, fe gredaf, oedd prif ddiben eich cwestiwn. Yn hynny o beth, byddwn yn dyfalu y

would be on their own staff and the rest would be on large supplying companies. However, there will be trusts that will have contracts with smaller local companies and it is those in particular that I am concerned about. I have no evidence that companies are being put into difficulty by the NHS and given that the statutory framework within which all of this is acted out now gives companies the right to claim interest beyond the due date and since I am unaware of any interest being claimed my assumption, and it is only that, is that it is not having an effect. Having said that, I am conscious that that is a very generalised remark and someone will soon bring out of his or her pocket an example where I am wrong.

[29] Alison Halford: Thank you. I imagine that when you have your monthly meetings with your health authorities, this might be a priority

Mr Gregory: Absolutely. As it happens we have a meeting later this month and I was going to refer to this in the course of that.

byddai'r ymddiriedolaethau yn gwario'r rhan fwyaf o'u harian ar eu staff eu hunain ac y byddai'r gweddill yn cael ei wario ar y cwmnïau mawr sydd yn eu cyflenwi. Fodd bynnag, bydd ymddiriedolaethau a chanddynt gontractau â chwmnïau llai lleol ac yr wyf yn pryderu yn eu cylch hwy yn arbennig. Nid oes gennyf dystiolaeth bod y cwmnïau yn mynd i anawsterau oherwydd yr NHS a gan fod hawl gan y cwmnïau i hawlio llog ar ôl y dyddiad penodedig o dan y fframwaith statudol sydd yn llywio hyn oll a chan nad wyf yn ymwybodol bod unrhyw log wedi cael ei hawlio rhagdybiaf, a rhagdybiaeth yn unig vdyw, nad yw'n cael effaith. Wedi dweud hynny, yr wyf yn ymwybodol mai sylw cyffredinol iawn yw hwnnw ac y bydd rhywun yn fuan yn tynnu ar enghraifft a fydd yn fy mhrofi'n anghywir.

[29] Alison Halford: Diolch. Tybiaf fod hyn yn flaenoriaeth o bosibl yn eich cyfarfodydd misol â'ch awdurdodau ieuchyd

Mr Gregory: Yn union. Fel mae'n digwydd, yr ydym yn cyfarfod yn ddiweddarach y mis hwn ac yr oeddwn yn bwriadu cyfeirio at hyn yn ystod y cyfarfod hwnnw.

[30] Janet Davies: We now need to move on to look at the financial health of the five health authority areas and try to bring out some comparisons and differences between them. Looking at that first of all, the report shows the breakdown by health authority area of the £22 million deficit from 1998-99. Why do you think that there is such an apparent variation in the financial performance of the five health authority areas?

Mr Gregory: That is a very tricky question. The evidential basis on which one can make an assessment is not robust. It also depends and I do not wish to make a facetious response on who you ask. Whoever you ask is bound to have the most serious problems of all the trusts or health authorities. I say that slightly facetiously but there is a truth in it, in that everyone sees their particular problems as unique to themselves and much worse than anyone else's. I think that as in my answer to your first question about the reasons for the overall deficits in the NHS in Wales, I would have to say that this has a number of features. I will go through them very quickly.

[30] Janet Davies: Y mae angen inni symud ymlaen yn awr i ystyried iechyd ariannol y pum ardal awdurdod iechyd a cheisio eu pwysu a'u mesur yn erbyn ei gilydd. Gan ystyried hynny yn gyntaf oll, dengys yr adroddiad ddadansoddiad o'r diffyg o £22 miliwn ar gyfer 1998-99 fesul ardal awdurdod iechyd. Pam y mae cymaint o wahaniaeth o ran perfformiad ariannol rhwng y pum ardal awdurdod iechyd yn ôl pob golwg, yn eich barn chi?

Mr Gregory: Mae hwnnw'n gwestiwn dyrys iawn. Nid oes sail tystiolaeth gadarn y gellir ei defnyddio i wneud asesiad. Mae'n dibynnu hefyd ac nid wyf am ymateb mewn ffordd gellweirus ar bwy yr vdych yn gofyn iddo. Waeth pwy yr vdych yn gofyn iddo, hwy fydd â'r problemau mwyaf difrifol ymhlith yr holl ymddiriedolaethau a'r awdurdodau iechyd. Rhyw gellwair yr wyf wrth ddweud hynny ond mae gwirionedd ynddo, sef bod pawb yn ystyried bod eu problemau hwy yn unigryw ac yn llawer gwaeth na rhai pawb arall. Credaf, megis yn fy ateb i'ch cwestiwn cyntaf ynglyn â'r rhesymau am y diffygion cyffredinol yn yr NHS yng Nghymru, y byddai'n rhaid imi ddweud fod nifer o elfennau i hyn. Fe'u

nodaf yn gyflym iawn.

There are the effects of differential formula distribution to health authorities, differences in the quality of working relations between health authorities and trusts, the extent to which health authority areas had a high or relatively low percentage of GP fundholder practices and variations in the clinical situations of trusts. Some trusts are in highly competitive healthcare markets if I can use the old jargon and others are not. I think that there were variations in commitment to financial control. There are significant variations in the extent to which health authority areas are dependent on external services and that can have a significant impact on their ability to control the process of contracting. There are, self-evidently, differences of experience among senior executives and board members. Also, some areas are more dependent on the centre for specialised funding than others; that is particularly true of Swansea and Cardiff. There are very great variations in the effectiveness of efficiency measures. Now, if you put that matrix together, I think that you can see that there are a lot of factors that bear down on each health

Mae effeithiau dosrannu i awdurdodau iechyd drwy fformwla wahaniaethol, gwahaniaethau o ran ansawdd y berthynas waith rhwng yr awdurdodau a'r ymddiriedolaethau iechyd, i ba raddau yr oedd gan ardaloedd awdurdod iechyd ganran uchel neu ganran gymharol isel o feddygfeydd deiliaid cronfa ac amrywiadau o ran sefyllfa glinigol yr ymddiriedolaethau. Mae rhai ymddiriedolaethau mewn marchnadoedd gofal iechyd cystadleuol dros ben os caf ddefnyddio'r hen ieithwedd ac mae eraill nad ydynt yn y marchnadoedd hynny. Credaf fod yr ymrwymiad i reolaeth ariannol yn amrywio. Mae amrywiadau sylweddol o ran y graddau y mae ardaloedd yr awdurdodau iechyd yn dibynnu ar wasanaethau allanol a gall hynny gael effaith sylweddol ar eu gallu i reoli'r broses gontractio. Mae gwahaniaethau o ran profiad ymysg uwch weithredwyr ac aelodau bwrdd, wrth reswm. Hefyd, mae rhai ardaloedd yn fwy dibynnol ar y canol ar gyfer ariannu arbenigol nag eraill; mae hynny'n wir am Abertawe a Chaerdydd yn enwedig. Mae effeithiolrwydd mesurau

authority and each trust in different ways. It is not surprising, therefore, that there is that kind of variation. Perhaps I could leave it there for the time being, Chair. I think that that is enough of an introduction to that.

[31] Janet Davies: Perhaps the greatest difference between two health authorities is between Dyfed Powys and Gwent. Do you think that there are any fundamental differences between those two that account for the different reported performances?

Mr Gregory: I think that it would be possible to tease out differences between them in each of the areas that I have described. To give you an example, the first area that I mentioned was the formula distribution. Between 1996-97 and 1998-99, the average growth increase given to Gwent Health Authority over that period in each year, was 4.1 per cent. The average in Dyfed Powys was 3.1 per cent. I am not saying that that

effeithlonrwydd yn amrywio'n fawr iawn. Yna, os cyfunwch hynny oll, credaf y gallwch weld bod llawer o ffactorau a fydd yn effeithio ar bob awdurdod iechyd a phob ymddiriedolaeth mewn gwahanol ffyrdd. Nid yw'n syndod, felly, bod amrywiaeth o'r fath yn bodoli. Efallai y tawaf ar y pwnc hwn am y tro, Gadeirydd. Credaf fod hynny'n ddigon o gyflwyniad i hynny.

[31] Janet Davies: Y gwahaniaeth mwyaf o bosibl rhwng dau awdurdod iechyd yw'r gwahaniaeth rhwng Dyfed Powys a Gwent. A oes gwahaniaethau sylfaenol rhwng y ddau awdurdod hynny, yn eich barn chi, sydd yn gyfrifol am y gwahaniaeth yn y perfformiadau a gofnodwyd?

Mr Gregory: Credaf y byddai'n bosibl canfod gwahaniaethau rhwng y ddau ym mhob un o'r meysydd yr wyf wedi eu disgrifio. I roi enghraifft ichi, y fformwla dosrannu oedd y maes cyntaf y cyfeiriais ato. Rhwng 1996-97 a 1998-99, 4.1 y cant oedd y cynnydd twf cyfartalog a gafodd Awdudod Iechyd Gwent ym mhob blwyddyn yn ystod y cyfnod hwnnw. Yn Nyfed Powys, 3.1 y cant oedd y cynnydd twf cyfartalog. Nid wyf yn dweud mai hwnnw oedd y

is the reason why Dyfed Powys, as a health care system, performed poorly and Gwent performed relatively well, but it seems to me that that is an important piece of information to consider when one is looking at the relativities of performance. If one went through all the other factors, I think that I could tease out ways in which there were differences not always to the benefit of Gwent but there would be differences, and if you add the sum of that up, you arrive at the kind of outcome that we have had.

[32] Janet Davies: Brian, I am going to leave you for the moment.

[33] Brian Gibbons: I have a question directly relevant to that.

[34] Janet Davies: Well, very quickly then.

[35] Brian Gibbons: Cases like Dyfed Powys are already on a higher allocation per capita so that you are almost saying that the more you get, the more you get.

Mr Gregory: Actually, the reverse is true in Dyfed Powys's case, because

rheswm pam bod Dyfed Powys, fel system gofal iechyd, yn perfformio'n wael a bod Gwent yn perfformio'n gymharol dda, ond yn fy marn i, mae hwnnw'n ddarn pwysig o wybodaeth i'w ystyried wrth bwysio a mesur perfformiad. O ystyried yr holl ffactorau eraill, credaf y gallwn ganfod ffyrdd lle yr oedd gwahaniaethau eraill nid o blaid Gwent bob tro ond y byddai gwahaniaethau, ac os ydych yn ystyried hyn oll, byddwch yn esgor ar ganlyniad o'r fath yr ydym wedi ei gael.

[32] Janet Davies: Brian, yr wyf am eich hepgor am y funud.

[33] Brian Gibbons: Mae gennyf gwestiwn sydd yn ymwneud yn uniongyrchol â hynny.

[34] Janet Davies: Wel, yn gyflym iawn felly.

[35] Brian Gibbons: Mae achosion fel Dyfed Powys eisoes yn derbyn dyraniad y pen uwch felly yr hyn yr ydych yn ei ddweud bron yw po fwyaf y cewch, mwyaf yn y byd y cewch.

Mr Gregory: I'r gwrthwyneb yn achos Dyfed Powys, mewn gwirionedd

had it been kept to the formula allocation, the per capita gap to which you are quite right to draw attention between Dyfed Powys and other health authorities would have narrowed over the period. All that I am saying is that if you add all these factors up and look for differences between different health authority areas, you will see that those differences have an impact on the way in which financial performance occurs in those two areas.

[36] Alun Cairns: I would like to stick with Dyfed Powys Health Authority in the first instance. I understand that the district auditor has issued a report to management on the financial standing of Dyfed Powys Health Authority. What is your view of the financial position of the health authority?

Mr Gregory: I would prefer to talk about the financial health of the NHS in Dyfed Powys. The distinction that I am making is an important one, because the main the almost exclusive cost drivers for the health care system are actually in the trust, not in the health authority. The health authority has a number of roles, one of which is to act as the resource allocator between

oherwydd pe bai wedi cael ei gysylltu â'r dosraniad fformwla, byddai bwlbh y pen yr ydych yn hollol gywir i dynnu sylw ato rhwng Dyfed Powys a'r awdurdodau eraill wedi lleihau yn ystod y cyfnod. Y cwbl yr wyf yn ei ddweud yw y byddwch, pe vstyriech yr holl ffactorau hyn vghyd a chwilio am wahaniaethau rhwng gwahanol ardaloedd awdurdodau iechyd, gwelwch fod y gwahaniaethau hynny yn effeithio ar y perfformiad ariannol yn y ddwy ardal hynny.

[36] Alun Cairns: Hoffwn aros gydag Awdurdod Iechyd Dyfed Powys am y tro. Yr wyf ar ddeall bod yr archwilydd dosbarth wedi cyhoeddi adroddiad ar sefyllfa ariannol Awdurdod Iechyd Dyfed Powys i'w reolwyr. Beth yw sefyllfa ariannol yr awdurdod iechyd, yn eich barn chi?

Mr Gregory: Byddai'n well gennyf drafod iechyd ariannol yr NHS yn Nyfed Powys. Mae'r gwahaniaeth a nodaf yn un pwysig, gan fod y prif ffactorau bron pob un ohonynt sydd yn llywio cost ar gyfer y system gofal iechyd yn ymwneud â'r ymddiriedolaeth mewn gwirionedd yn hytrach na'r awdurdod iechyd. Mae sawl rôl gan yr awdurdod iechyd. Un

the Assembly and the trusts. So if you are happy with that, I would prefer to talk about the totality of the health care system, rather than the health authority.

The second reason that I say that, is that the situation in Dyfed Powys, in terms of the financial information particularly the information recorded by the Comptroller and Auditor General is different from the rest of Wales for a particular reason. When the financial difficulties of Dyfed Powys as an area were becoming manifest, there was a decision to be taken about how the money to keep services running while recovery was planned was to be provided. Should that be done directly by the Welsh Office to trusts, or should it be done through the health authority? The decision that the then chief executive and I took was that the money should be directed through the health authority. The reason for that was that it was considered that the health authority would be able to exercise more control in its relationship with trusts as a consequence, if it were holding the money and passing it on to

o'r rhain yw bod yn ddyrannwr adnoddau rhwng y Cynulliad a'r ymddiriedolaethau. Felly os ydych yn fodlon ar hynny, byddai'n well gennyf drafod y system gofal iechyd yn ei chyfanrwydd yn hytrach na'r awdurdod iechyd.

Yr ail reswm imi ddweud hynny yw bod y sefyllfa yn Nyfed Powys, o ran gwybodaeth ariannol yn enwedig yr wybodaeth a gofnodwyd gan y Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol yn wahanol i weddill Cymru am reswm penodol. Pan ddechreuodd anawsterau ariannol Dyfed Powys fel ardal ddod i'r amlwg, yr oedd yn rhaid gwneud penderfyniad ynghylch sut y gellid darparu'r arian yr oedd ei angen i'r gwasanaethau barhau i weithredu tra'n cynllunio'r broses adfer. A ddylid gwneud hynny'n uniongyrchol gan y Swyddfa Gymreig i'r ymddiriedolaethau, vnteu a ddylid ei wneud drwy'r awdurdod iechyd? Penderfynodd y prif weithredwr ar y pryd a minnau y dylid rhoi'r arian drwy'r awdurdod iechyd. Y rheswm dros hynny oedd ein bod yn ystyried y byddai'r awdurdod iechyd o ganlyniad yn gallu arfer mwy o reolaeth yn ei berthynas â'i ymddiriedolaethau pe bai'n dal yr arian a'i drosglwyddo i'r

trusts, rather than the trusts actually having two paymasters and conceivably being able to play them off one against the other.

So the financial information for Dyfed Powys although it is perfectly proper to account for it in the accounts in this way is actually a little misleading because it appears to suggest that the problems of Dyfed Powys lay exclusively in the health authority and they did not. To give you an example, we have made some calculations I am now looking at 1998-99, which is the year in question of a total deficit for the area of something like £11.5 million, which in the accounts is quite properly recorded against the health authority, because that is actually where the money went. Our calculation and I believe that this is accepted locally is that the deficits recorded at trust level, which you will see from the Comptroller and Auditor General's reports are quite modest, were actually very significant. To give you just one example, our belief was, if you had translated the money given to the health authority and passed on to the trust, into, as it were, deficit incurred by way of funding directly from the Assembly, then Carmarthen's deficit

ymddiriedolaethau, yn hytrach na bod gan yr ymddiriedolaethau ddau dâl-feistr ac yn gallu chwarae'r naill yn erbyn y llall efallai.

Felly mae'r wybodaeth ariannol ar gyfer Dyfed Powys er ei bod yn gwbl briodol iddo roi cyfrif amdani yn y cyfrifon yn y modd hwn vchydig yn gamarweiniol gan ei bod yn awgrymu, fe ymddengys, mai'r awdurdod iechyd a oedd yn gwbl gyfrifol am broblemau Dyfed Powys ond nid yw hynny'n wir. I roi enghraifft ichi, yr ydym wedi cyfrifo ac yr wyf yn awr yn cyfeirio at 1998-99, sef y flwyddyn dan sylw cyfanswm diffyg o dua £11.5 miliwn ar gyfer yr ardal sydd yn cael ei gofnodi yn y cyfrifon yn gwbl briodol yn erbyn yr awdurdod iechyd gan mai i'w goffrau ef yr aeth yr arian mewn gwirionedd. Yn ôl ein cyfrifon a chredaf fod hyn wedi cael ei dderbyn yn lleol mae'r diffygion a gofnodwyd ar lefel yr ymddiriedolaethau, y gwelwch eu bod yn gymharol fach yn ôl adroddiadau'r Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol, yn rhai sylweddol iawn mewn gwirionedd. A rhoi un enghraifft yn unig ichi, pe baech wedi trosglwyddo'r arian a roddwyd i'r awdurdod iechyd a'i drosi i'r ymddiriedolaeth fel diffyg a gafwyd,

would have been £3.5 million. So for each of the trusts, although the deficit was carried at health authority level, the financial position was significantly worse. This is a long preamble to answering your question, but unless one understands the background, I do not think that the answer is discernible.

[37] Alun Cairns: In the rest of your answer, can I ask you then, do you consider the isolation of the trusts from the debt an effective method of financial control?

Mr Gregory: No. I think that that is a perfectly fair point to make. I think that, on reflection, while the decision that we took at the time was against a background of difficult relations between the health authority and its trusts we felt that it would be appropriate to strengthen the health authority's role in all of this and that that was an appropriate way of doing it I fear that what it did, to some extent, was to engender a sense in the trusts that the financial envelope that they were dealing with was much bigger than it actually was, if you see what I

fel petai, drwy ariannu uniongyrchol gan y Cynulliad, byddai diffyg Caerfyrddin wedi bod yn £3.5 miliwn yn ein barn ni. Felly ar gyfer pob un o'r ymddiriedolaethau, er y cafwyd diffygion ar lefel yr awdurdod iechyd, yr oedd y sefyllfa ariannol gryn dipyn yn waeth. Yr wyf wedi rhoi rhagarweiniad hir wrth ateb eich cwestiwn, ond oni bai eich bod yn deall y cefndir, nid oes modd deall yr ateb.

[37] Alun Cairns: Am weddill eich ateb, a gaf ofyn ichi felly, a yw ynysu'r ymddiriedolaethau rhag y ddyled yn ddull rheoli ariannol effeithiol, yn eich barn chi?

Mr Gregory: Nac vdyw. Credaf ichi wneud pwynt hollol deg. Wrth edrych yn ôl er bod y penderfyniad a wnaethpwyd gennym ar y pryd wedi ei wneud yng ngoleuni'r berthynas anodd rhwng yr awdurdod iechyd a'i ymddiriedolaethau credaf inni deimlo y byddai'n briodol atgyfnerthu rôl yr awdurdod iechyd yn hyn o beth a bod hynny yn fodd priodol o wneud hyn ofnaf mai'r hyn a gyflawnodd i raddau oedd rhoi amcan i'r ymddiriedolaethau bod yr amlen ariannol yr oeddent yn ymwneud â hi'n llawer mwy nag yr oedd mewn gwirionedd, os deallwch yr

mean, because the money the funding was coming through the system in the normal way, rather than being through an exceptional route of going to the Welsh Office. Although I think that these decisions are very finely balanced, I think, on balance, that it might have been better to have retained the system of dealing directly with trusts and that is what I intend that we should do for the future.

To get to the nub of your question, the budget will obviously make a very significant difference to the situation, but I know that both the Finance Secretary and the Assembly Secretary responsible are determined that we should see better financial performance and you do not do that by writing off everybody's problems, so Dyfed Powys is still going to have to perform financially.

Looking at the trusts individually, perhaps I could just do a tour and tell you what I think about each one. I think that Powys has made very significant progress, and although we are still in dialogue with them to achieve a recovery plan that works, I would now be very surprised indeed, given the capital investment that we

hyn sydd gennyf, gan fod yr arian sef y cyllid yn dod drwy'r system yn y dull arferol, yn hytrach na thrwy lwybr arbennig ar ôl gwneud cais i'r Swyddfa Gymreig. Er bod y penderfyniadau hyn yn rhai ar fin y gyllell, wedi pwysu a mesur, credaf y byddai wedi bod yn well pe baem wedi cadw'r system o ymwneud â'r ymddiriedolaethau'n uniongyrchol a'm bwriad yw y dylem gwneud hynny yn y dyfodol.

I fynd at graidd eich cwestiwn, bydd y gyllideb yn gwneud gwahaniaeth sylweddol iawn i'r sefyllfa, ac yr wyf yn ymwybodol bod yr Ysgrifennydd Cyllid a'r Ysgrifennydd Cynulliad sydd yn gyfrifol, yn benderfynol y dylem weld gwell perfformiad ariannol ac ni allwch wneud hynny drwy ddileu problemau pawb, felly bydd yn rhaid i Ddyfed Powys gyflawni'n ariannol o hyd.

Gan ystyried yr ymddiriedolaethau yn unigol, efallai y gallwn grybwyll pob un yn ei dro a dweud wrthynt y hyn yr wyf yn ei feddwl am bob un. Credaf fod Powys wedi gwneud cynnydd sylweddol, ac er ein bod yn parhau i fod mewn trafodaethau â hwy er mwyn llunio cynllun adfer a fydd yn gweithio, byddwn yn synnu'n fawr iawn, gan

are giving them, if Powys did not achieve a proper financial balance.

Ceredigion, and Pembrokeshire and Derwen, I am slightly more equivocal about. I have seen figures that demonstrate that they can come back into balance over the next two years. I know that both of the boards are committed to doing so, but I have not yet got the detailed recovery plan that gives me the confidence that they will deliver. I am not saying that they will not, but I need the recovery plan and I need to be able to assure myself that they will. I am a little more equivocal about that.

I have to say that the trust that is of concern to me, and I have said this to its senior staff, is Carmarthenshire. At the moment, Carmarthenshire's financial performance is significantly off-line, and I am not confident yet that there is a financial plan in place or that one is going to be devised that will produce financial recovery. That is the trust, not just in Dyfed Powys but across Wales as a whole, that causes me the greatest degree of anxiety.

gofio'r buddsoddiad cyfalaf yr ydym yn ei roi iddynt, pe na byddai Powys yn llwyddo i sicrhau cydbwysedd ariannol cywir.

Nid wyf yr un mor sicr ynglyn â Cheredigion, a Sir Benfro a Derwen. Yr wyf wedi gweld ffigurau sydd yn dangos eu bod yn gallu adennill cydbwysedd yn ystod y ddwy flynedd nesaf. Gwn fod y ddau fwrdd yn ymrwymedig i wneud hyn, ond nid wyf wedi derbyn y cynllun adfer manwl hyd yn hyn sydd yn fy narbwyllo y byddant yn cyflawni hynny. Nid wyf yn dweud na wnânt, ond mae arnaf eisiau'r cynllun adfer ac mae arnaf eisiau fy sicrhau y byddant yn gwneud hynny. Nid wyf yr un mor sicr.

Mae'n rhaid imi ddweud mai Caerfyrddin yw'r ymddiriedolaeth sydd yn achosi'r pryder mwyaf imi, ac yr wyf wedi dweud hyn wrth yr uwch aelodau o'i staff. Ar hyn o bryd, mae perfformiad ariannol Sir Gaerfyrddin yn anghyson iawn, ac nid wyf yn argyhoeddedig hyd yn hyn bod cynllun ariannol yn ei le neu y bydd cynllun yn cael ei lunio a fydd yn arwain at adferiad ariannol. Honno yw'r ymddiriedolaeth, nid yn unig yn Nyfed Powys ond ledled Cymru, sydd yn

achosi'r pryder mwyaf imi.

[38] Alun Cairns: So what action are you taking to alleviate that anxiety and your concerns in those trusts that you have mentioned?

Mr Gregory: I have already had a meeting which was part of a pattern of meetings and had nothing to do with my appearance here this morning with the chair, the chief executive, the director of finance and the medical director, together with the chair of the health authority, the acting chief executive and the director of finance to review the situation. I told them that I was not satisfied with the recovery plan that they had produced. I also told them that I would be telling you that, so that it did not come as a complete bolt out of the blue. We have postponed meetings that we were to have had with other trusts in the area until the implications of the budget were worked through. Once we know that which I hope will be very shortly I will have another meeting with the trust at which I will expect it to put to me a recovery plan which will work. If that is not forthcoming then we will have to consider other measures which might be put in place to achieve it.

[38] Alun Cairns: Felly pa gamau yr ydych yn eu cymryd i esmwytho'r pryder hwnnw a'ch gofidiau ynglyn â'r ymddiriedolaethau hynny yr ydych wedi cyfeirio atynt?

Mr Gregory: Yr wyf eisoes wedi cyfarfod â'r cadeirydd, y prif weithredwr, y cyfarwyddwr cyllid a'r cyfarwyddwr meddygol, ynghyd â chadeirydd yr awdurdod iechyd, y prif weithredwr dros dro a'r cyfarwyddwr cyllid i arolygu'r sefyllfa a hynny mewn cyfres o gyfarfodydd nad oes a wnelo dim â'm presenoldeb yma y bore yma. Dywedais wrthynt nad oeddwn yn fodlon ar y cynllun adfer a luniwyd ganddynt. Dywedais wrthynt hefyd y byddwn yn dweud hynny wrthyhch, fel na fyddai'n syndod mawr iddynt. Yr ydym wedi gohirio cyfarfodydd yr oeddem yn mynd i'w cynnal gydag ymddiriedolaethau eraill yn yr ardal nes bod goblygiadau'r gyllideb yn cael eu hasesu. Cyn gynted ag y byddwn yn gwybod hynny yn fuan iawn, gobeithio byddaf yn cyfarfod â'r ymddiriedolaeth unwaith eto pan y byddaf yn disgwyl iddi gynnig cynllun adfer a fydd yn llwyddo. Os na ddigwydd hynny, bydd yn rhaid inni ystyried camau eraill y gellid eu cymryd i gyflawni hynny.

[39] Alun Cairns: You mentioned earlier in your answer to one of my colleagues' questions that trust reconfiguration was expected to cost some money and that it partly contributed to the deficits. Is that the case in terms of Dyfed Powys Health Authority?

Mr Gregory: It would be true of what is now Carmarthenshire NHS Trust because that brought together two trusts and there were costs in respect of that. I cannot from memory remember what they were but, yes, they would have.

[40] Alun Cairns: So if it was expected to cost money, why was this not planned for, in relation to Dyfed Powys in particular, but also across the whole of Wales?

Mr Gregory: It was planned for in the sense that we knew, and so did the NHS, that these costs would occur. The decision was taken at the time that the costs should fall where they arose, and that as a consequence the trusts and the health authority should between them manage these costs. In fact, that is what has happened. Part of the reason why the income and

[39] Alun Cairns: Buoch yn sôn yn gynharach wrth ateb cwestiwn gan un o'm cyd-Aelodau y disgwyliid i ailgyflunio ymddiriedolaethau gostio arian a'i fod wedi cyfrannu'n rhannol tuag at y diffygion. A yw hynny'n wir yn achos Awdurdod Iechyd Dyfed Powys?

Mr Gregory: Byddai'n wir yn achos Ymddiriedolaeth NHS Sir Gaerfyrddin fel y mae bellach gan fod dwy ymddiriedolaeth wedi cyfuno ac yr oedd costau mewn perthynas â hynny. Ni allaf gofio beth oeddynt ond, byddai, byddai costau ganddynt.

[40] Alun Cairns: Felly pe disgwyliid y byddai'n costio arian, pam na chynlluniwyd ar ei gyfer mewn perthynas â Dyfed Powys yn benodol, ond hefyd ledled Cymru?

Mr Gregory: Cynlluniwyd ar ei gyfer yn yr ystyr ein bod yn gwybod, fel y gwnaeth yr NHS, y byddai costau. Penderfynwyd ar y pryd y dylai'r costau ddisgyn lle yr oeddent yn codi, ac felly o ganlyniad, y dylai'r ymddiriedolaethau a'r awdurdod iechyd reoli'r costau hyn gyda'i gilydd. Digwyddodd hynny mewn gwirionedd. Y rheswm i raddau pam y mae'r

expenditure forecast in trusts this last financial year has improved, is that a number of health authorities have been more forthcoming than expected in meeting those costs. However, it was planned. The only issue, which perhaps lay behind your question, is that there was no intention to provide any supplementary funding from the centre from the Assembly to meet those costs.

[41] Alun Cairns: I move now to Bro Taf Health Authority. It is forecasting a deficit of £6.1 million in 1999-2000, which will rise by another £17.4 million taking it to a total of £23.5 million in 2000-01. That trust will then become the worst in Wales. What steps have been taken to address this and how effective do you expect them to be?

Mr Gregory: The first thing to say is that I do not expect the position in Bro Taf to be anywhere as severe as you describe, for a variety of reasons.

[42] Alun Cairns: How severe would you expect it to be?

incwm a'r gwariant a ragwelwyd gan yr ymddiriedolaethau yn ystod y flwyddyn ariannol ddiwethaf wedi gwella yw y bu nifer o awdurdodau iechyd yn fwy abl i dalu'r costau hynny nag y disgwyliid. Fodd bynnag, cafodd ei gynllunio. Yr unig fater, a oedd yn sail i'ch cwestiwn o bosibl, yw na fwriadwyd darparu unrhyw arian atodol o'r canol sef o'r Cynulliad i dalu'r costau hynny.

[41] Alun Cairns: Symudaf ymlaen at Awdurdod Iechyd Bro Taf yn awr. Mae'n rhagweld diffyg o £6.1 miliwn yn 1999-2000 a fydd yn codi £17.4 miliwn arall gan arwain at gyfanswm o £23.5 miliwn ym 2000-01. Wedyn yr ymddiriedolaeth honno fydd y waethaf yng Nghymru. Pa gamau yr vdych wedi eu cymryd i fynd i'r afael â hyn a pha mor effeithiol fydd y camau hyn, yn eich tyb chi?

Mr Gregory: Y peth cyntaf i'w nodi yw nad wyf yn disgwyl y bydd sefyllfa Bro Taf mor ddifrifol â'ch disgrifiad o bell ffordd, am nifer o resymau.

[42] Alun Cairns: Pa mor ddifrifol y bydd y sefyllfa, yn eich tyb chi?

Mr Gregory: That is rather difficult for me to say.

[43] Alun Cairns: So how do you substantiate that it will not be as severe?

Mr Gregory: I will now try to do so. There are two reasons. The first is that had we not had the significant increase in financial resources in the budget, I calculate that the overall position of Bro Taf would have improved significantly because we had already reached agreement and this will be implemented in any event to deal with some of the cost pressures affecting Bro Taf which were caused by difficulties with the centre. I will explain that. Bro Taf has been affected by two particular cost pressures which are attributable to decisions by the Welsh Office or the Assembly.

One is the issue that I mentioned when Brian Gibbons asked me about capital charging. That has a significant effect on Bro Taf because of the Royal Glamorgan Hospital. We have an agreement with the NHS that we will allow that to happen but we are also going to take corrective action to neutralise the effect of that. So, that is

Mr Gregory: Mae braidd yn anodd imi ddweud.

[43] Alun Cairns: Sut y gallwch felly gyfiawnhau dweud na fydd mor ddifrifol?

Mr Gregory: Ceisïaf wneud hynny'n awr. Mae dau reswm. Yn gyntaf, oni fyddem wedi cael cynnydd sylweddol o ran yr adnoddau ariannol yn y gyllideb, byddai sefyllfa gyffredinol Bro Taf wedi gwella'n sylweddol, yn fy marn i, gan ein bod eisoes wedi dod i gytundeb a chaiff hyn ei weithredu doed a ddelo i fynd i'r afael â rhai o'r pwysau cost sydd yn effeithio ar Fro Taf ac a oedd yn achosi anawsterau yn y canol. Yr wyf am egluro hynny. Effeithiwyd ar Fro Taf gan ddau fath penodol o bwysau cost y gellir eu priodoli i benderfyniadau gan y Swyddfa Gymreig neu'r Cynulliad.

Un o'r penderfyniadau yw'r mater y cyfeiriais ato pan gefais fy holi gan Brian Gibbons ynglyn â thaliadau cyfalaf a godir. Bu hynny'n cael effaith sylweddol ar Fro Taf oherwydd Ysbyty Brenhinol Morgannwg. Yr ydym wedi cytuno â'r NHS y byddwn yn caniatáu i hynny ddigwydd ond yr ydym hefyd yn bwriadu cymryd camau unioni i

a significant benefit. The second is that we are also doing the same with a number of issues that arise in respect of the operation of the teaching trust what is now Cardiff and Vale NHS Trust. For instance, the special increment for training staff has in the past, in my judgment, not been accurately funded. We have an agreement with the trust to resolve that.

I think that all of those measures will reduce the position very significantly. I should say that I think that the £23 million was hopelessly overstated. I do not believe that that was a robust figure. I think that a more robust figure would have been somewhere like £16 million and, as a consequence of the measures we were proposing to take, that would again have come down to something like £7 million. I am not in a position to tell you what the impact of the budget will be in detail because we simply have not had the time to work it through with health authorities and trusts. However, I am confident the position in Bro Taf in 2000-01 will see a significant improvement again, though I think it will still be to an

niwtraleiddio effaith hynny. Felly, mae hynny o fudd sylweddol. Yr ail reswm yw y byddwn hefyd yn gweithredu yn yr un modd parthed nifer o faterion sydd yn codi mewn perthynas â gweithredu'r ymddiriedolaeth addysgu sef Ymddiriedolaeth NHS Caerdydd a'r Fro fel y mae bellach. Er enghraifft, ni chafodd yr ychwanegiad arbennig ar gyfer hyfforddi staff ei gyfrifo'n gywir yn y gorffennol, yn fy marn i. Yr ydym wedi cytuno â'r ymddiriedolaeth i unioni hynny.

Credaf y bydd yr holl fesurau hynny yn lleihau sefyllfa'r diffyg i raddau helaeth iawn. Dylwn nodi mai goramcangyfrif llwyr oedd y £23 miliwn, yn fy marn i. Ni chredaf fod y ffigur hwnnw yn un cadarn. Byddai £16 miliwn yn ffigur cadarnach, yn fy marn i, ac o ganlyniad i'r mesurau yr oeddem yn bwriadu eu cymryd byddai'r ffigur hwnnw wedi disgyn eto i £7 miliwn yn fras. Nid wyf mewn sefyllfa i ddweud wrthyfych pa effaith a gaiff y gyllideb yn fanwl gan nad ydym wedi cael digon o amser mewn gwirionedd i'w chyfrifo gyda'r awdurdodau a'r ymddiriedolaethau iechyd Fodd bynnag, yr wyf yn hyderus y bydd sefyllfa Bro Taf yn gwella'n sylweddol unwaith eto yn

extent, although only marginally, in deficit.

[44] Alun Cairns: Are you saying that the extra money provided by the budget will be to clear that suspected £7 million deficit?

Mr Gregory: I think that I must make it absolutely clear that the decisions that have been taken by the Secretary for Health and Social Services and the Finance Secretary have been decidedly not to bail out deficit areas. Inevitably, however, in order to reflect pressures across the NHS as a whole, the uplifts have had an effect of benefit to areas in deficit. However, I have no doubt that both Dyfed Powys and Bro Taf on the basis of the calculations that we can make at the moment will be faced with a collective deficit next year and both will still have to undertake measures to constrain costs and to address underlying problems. That will also be true for the succeeding year.

[45] Geraint Davies: You have partly answered my question. The University Hospital of Wales serves the whole of Wales and I feel that the poor areas of

2000-01, ond y bydd yn parhau i fod â rhywfaint o ddiffyg, er dim ond yn ffiniol, yn fy marn i.

[44] Alun Cairns: A ddywedwch y bydd yr arian ychwanegol a ddarperir yn y gyllideb yn cael ei ddefnyddio i adalu'r diffyg o £7 miliwn a amheuir?

Mr Gregory: Credaf fod yn rhaid imi ei gwneud yn hollol eglur bod yr Ysgrifennydd Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol a'r Ysgrifennydd Cyllid wedi gwneud penderfyniadau cadarn i beidio ag achub ardaloedd â diffygion. Yn anochel, fodd bynnag, er mwyn adlewyrchu'r pwysau ar draws yr NHS yn ei gyfanrwydd, elwodd ardaloedd â diffygion ar y codiadau. Fodd bynnag, nid oes unrhyw amheuaeth gennyf y bydd Dyfed Powys a Bro Taf ar sail y cyfrifiadau y gallwn eu gwneud ar hyn o bryd yn wynebu diffyg cyfunol y flwyddyn nesaf a bydd yn rhaid i'r ddau ohonynt ymgymryd â mesurau er mewn cyfyngu ar gostau a mynd i'r afael â phroblemau sylfaenol. Bydd hynny'n wir yn y flwyddyn ddilynol.

[45] Geraint Davies: Yr ydych wedi ateb fy nghwestiwn yn rhannol. Mae Ysbyty Athrofaol Cymru yn gwasanaethu Cymru gyfan a theimlaf fod yr

Bro Taf are paying a disproportionate price to maintain that facility. There should be a far better, equitable way of funding the University Hospital of Wales or perhaps it should be taken out of Bro Taf altogether and have a separate identity.

Mr Gregory: I think that the point that you are making is a fair one. The teaching hospital clearly has a special place. It has special problems and special costs. I would not seek to argue against that in the slightest. I doubt very much if the answer is to treat it so differently that you take it out of the system. I think that that would only cause further difficulties and would also exacerbate the relationship between it and the Assembly because you would not then have a proper planning context within which to consider it because you would have taken it out of what is its natural planning context. The point you make about the special pressures is one that we accept. It was because of that that we have revisited the allocation process in the way I described to Mr Cairns just now in order to better reflect the real cost of the University Hospital of Wales. The Health and Social Services Committee has taken a decision to

ardaloedd tlawd ym Mro Taf yn talu pris anghyfartal i gynnal y cyfleuster hwnnw. Dylai fod ffordd decach o lawer o ariannu Ysbyty Athrofaol Cymru neu efallai y dylai gael ei dynnu o Fro Taf yn gyfan gwbl a bod ar wahân.

Mr Gregory: Credaf fod y pwynt a wnewch yn un teg. Mae gan yr ysbyty addysgu safle arbennig. Mae ganddo broblemau arbennig a chostau arbennig. Ni hoffwn ddadlau yn erbyn hynny o gwbl. Yr wyf yn amau'n fawr iawn mai'r ateb fyddai ei drin mor wahanol nes ei dynnu allan o'r system. Byddai hynny ond yn achosi anawsterau pellach, yn fy marn i, gan beri i'r berthynas rhyngddo a'r Cynulliad waethygu hefyd oherwydd na fyddai cyd-destun cynllunio priodol gennyh lle y gellir ei vstyried gan y byddech wedi ei dynnu o'i chyd-destun cynllunio naturiol. Yr vdym yn derbyn y pwynt a nodwch ynglyn â phwysau arbennig. Oherwydd hynny yr vdym wedi dychwelyd at y broses ddyrannu yn y ffordd yr wyf newydd ei disgrifio i Mr Cairns er mwyn adlewyrchu cost wirioneddol Ysbyty Athrofaol Cymru yn well. Mae'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol wedi penderfynu arolygu'r broses dyrannu

review as you know very well the resource allocation process. Part of that will have to be to look at the role of the teaching trust and to see to what extent the resource allocation process can be better retuned to its special circumstances.

[46] Peter Black: I want to touch on the remaining three trusts, starting with Gwent. Why is it that the Gwent Health Authority appears largely immune to the financial problems experienced by the other four health authorities in Wales?

Mr Gregory: It has not always been immune. In preparation for this, I was trying to remind myself of how it has fared in the past and there have been occasions when Gwent has had financial difficulties. However, I would say that the fact that Gwent has only had three trusts means that the relations between the commissioning authority, the health authority and its trusts are less complicated than they might be in other areas where there are more trusts. Generally speaking, relations have been reasonably good between the trusts and the health authority. I think that the trusts and

adnoddau fel y gwyddoch. Bydd yn rhaid ystyried rôl yr ymddiriedolaeth addysgu fel rhan o'r arolwg a chanfod i ba raddau y gellir addasu'r broses ddyrannu adnoddau yn ôl ei amgylchiadau arbennig.

[46] Peter Black: Hoffwn grybwyll y tair ymddiriedolaeth sydd yn weddill, gan drafod Gwent yn gyntaf. Pam yr ymddengys fod Awdurdod Iechyd Gwent, i raddau helaeth, yn rhydd o'r problemau ariannol y mae'r pedwar awdurdod iechyd yng Nghymru yn eu hwynebu?

Mr Gregory: Ni fu'n rhydd o broblemau bob amser. Wrth baratoi ar gyfer hyn, yr oeddwn yn ceisio atgoffa fy hun o sut yr oedd wedi llwyddo yn y gorffennol a bu adegau pan oedd anawsterau ariannol gan Gwent. Fodd bynnag, dywedwn fod y ffaith mai tair ymddiriedolaeth yn unig sydd gan Gwent yn golygu bod y berthynas rhwng yr awdurdod comisiynu, yr awdurdod iechyd a'i ymddiriedolaethau yn llai cymhleth nag y gallai fod o bosibl mewn ardaloedd eraill lle mae mwy o ymddiriedolaethau. Yn gyffredinol, bu'r berthynas rhwng yr

the health authority have been well led. There is not much of a central funding issue between the Assembly and Gwent. We do not get into the same difficulties over central funding as we do with University Hospital of Wales and Bro Taf and, as a consequence, Gwent has fared well. Good financial management has played its part in that but, over that period, there have been occasions when we have become concerned about the financial state of what was Glan Hafren. However, it has managed to resolve that in partnership with its health authority. That is what we need to see elsewhere, where there are greater problems.

[47] Peter Black: Continuing that theme of trying to learn from the successes of the NHS in Wales, you mentioned Glan Hafren. What has it done to put itself in such a good financial position compared with the other trusts?

Mr Gregory: As I said, Glan Hafren has been in deficit and it has got out of that

ymddiriedolaethau a'r awdurdod iechyd yn un gymharol dda. Credaf fod yr ymddiriedolaethau a'r awdurdod iechyd wedi cael eu harwain yn dda. Nid oes fawr o broblem rhwng y Cynulliad a Gwent o ran ariannu canolog. Nid ydym yn wynebu'r un anawsterau yngllyn ag ariannu canolog ag a wynebir yn Ysbyty Athrofaol Cymru a Bro Taf ac o ganlyniad, mae Gwent wedi ffynnu. Bu rheoli ariannol da yn chwarae rhan yn hynny o beth ond, yn ystod y cyfnod hwnnw, bu adegau pan oeddem yn dechrau pryderu yngllyn â'r sefyllfa ariannol yng Nglan Hafren fel yr oedd gynt. Fodd bynnag mae wedi llwyddo i'w datrys mewn partneriaeth â'i hawdurdod iechyd. Mae angen inni weld hynny'n digwydd mewn mannau eraill, lle mae'r problemau'n fwy difrifol.

[47] Peter Black: Wrth barhau â'r thema honno o geisio dysgu oddi wrth lwyddiannau'r NHS yng Nghymru, cyfeiriasoch at Glan Hafren. Beth y mae wedi ei wneud i'w rhoi mewn sefyllfa ariannol cystal o'i chymharu â'r ymddiriedolaethau eraill?

Mr Gregory: Fel y dywedais, bu diffyg gan Glan Hafren ac mae wedi goresgyn

deficit by establishing the kind of relationship with its health authority that produces a mutual agreement on the way through the problem and it has managed that effectively. I am not sure whether I can elaborate more, other than to say that all the circumstances that I described earlier need to be teased out in respect of Gwent. You will remember that I used Gwent as the example of the health authority area that had the best benefits from the formula. Over the last three years, it has had one percentage point greater growth than the worst health authority. That is obviously a factor in its ability to cope with cost pressure.

[48] Peter Black: Do you think that another factor is that it does not pay its bills on time?

Mr Gregory: That should not be the case. I think that that is a perfectly fair point, and I will put my hand up to that, if I can use that expression. However, that is not a sufficient excuse because we make short-term loans available to trusts to deal with that problem. You can rest assured that we have made it quite clear to the trust that we are expecting performance to

hynny drwy sefydlu'r math o berthynas â'i hawdurdod iechyd sydd yn arwain at gytundeb rhwng y ddau ar sut i ddatrys y broblem ac mae wedi llwyddo i wneud hynny mewn modd effeithiol. Nid wyf yn siwr a allaf ymhelaethu rhagor, heblaw am ddweud bod angen archwilio pob un o'r amgylchiadau a ddisgrifiais yn gynharach fesul un mewn perthynas â Gwent. Cofiwch imi ddefnyddio Gwent fel enghraifft o'r ardal awdurdod iechyd a oedd wedi elwa ar y fformwla fwyaf. Yn ystod y tair blynedd ddiwethaf, cafodd dwf o 1 y cant yn uwch na'r awdurdod iechyd gwaethaf. Mae hwnnw'n ffactor o ran ei gallu i ymdopi â phwysau cost.

[48] Peter Black: Ai ffactor arall, yn eich barn chi, yw nad ydyw'n talu ei biliau'n brydlon?

Mr Gregory: Ni ddylai hynny ddigwydd. Credaf fod hwnnw'n bwynt cwbl deg, a byddaf yn cyfaddef hynny. Fodd bynnag, nid yw'n esgus digonol gan ein bod yn cyflenwi benthyciadau tymor byr i'r ymddiriedolaethau er mwyn galluogi iddynt ddelio â'r broblem honno. A gaf eich sierhau ein bod wedi ei gwneud yn gwbl eglur i'r ymddiriedolaeth ein bod yn disgwyl i'w

improve and my understanding although I do not have the figures in my head is that the overall Gwent position has improved previously in 1999-2000.

[49] Peter Black: I will now move on to an area that is dearer to my heart, as I am based in Swansea Iechyd Morgannwg Health Authority. Morrision Hospital NHS Trust is referred to in paragraph D.4 of the report and in the Comptroller and Auditor General's report on the previous year's accounts of 1997-98, he noted that a recovery plan was in place. Although I see that this trust is now forecasting a further deficit during the current recovery period, why has the planned recovery of this trust not occurred?

Mr Gregory: Recovery, generally speaking, takes a period of time to unwind, as I am sure that you understand. The difficulties of Morrision have been public and entrenched. My understanding of the current position, bearing in mind that Swansea is now the host to Morrision, is that the underlying deficit in that trust, in other words, what it inherited

perfformiad wella ac yr wyf ar ddeall er na allaf ddyfynnu'r ffigurau fod sefyllfa gyffredinol Gwent wedi gwella o'r blaen yn 1999-2000.

[49] Peter Black: Yr wyf yn awr am symud ymlaen at bwnc sydd yn nes at fy nghalon, gan fy mod wedi fy lleoli yn Abertawe sef Awdurdod Iechyd Morgannwg. Cyfeirir at Ymddiriedolaeth NHS Ysbyty Treforys ym mharagraff D.4 o'r adroddiad ac yn adroddiad y Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol ar gyfrifon y flwyddyn flaenorol yn 1997-98, nododd fod cynllun adfer yn ei le. Er imi weld bod yr ymddiriedolaeth hon bellach yn rhagweld diffyg pellach yn ystod y cyfnod adfer cyfredol, pam na chafodd yr ymddiriedolaeth hon ei hadfer, yn ôl y bwriad?

Mr Gregory: Mae adfer, yn gyffredinol, yn cymryd amser i'w roi ar waith, fel y deallwch, mae'n siwr gennyf. Mae anawsterau Treforys wedi bod yn rhai cyhoeddus ac wedi hen ymwreiddio. Yn ôl yr hyn a ddeallaf am y sefyllfa gyfredol, gan gofio bod Abertawe bellach yn cynnal Treforys, bu'r diffyg gwaelodol yn yr ymddiriedolaeth honno, hynny yw, yr hyn a etifeddodd

from Morriston, has been substantially reduced in the last financial year. I cannot for the life of me remember what it is but it is around a million. You can see from that that the deficit problem at Morriston has not fully recovered but is substantially on the way to being recovered and I would be very disappointed if, in the current financial year, Swansea trust were not in financial balance, and as a consequence, had eradicated the Morriston deficit.

[50] Peter Black: Do you think that the merger of Morriston Hospital NHS Trust with Swansea has had an impact on the recovery process?

Mr Gregory: I think that the bringing together of those two trusts and the leadership that has been provided by its current management team has had a significant impact. Part of the problem with financial deficits in individual trusts is that they tend to be inwardly focused. The management response is very much preoccupied with the circumstances, the history and all that has gone before and also with the limitations on management's own ability to cope. I know both hospitals and both management teams as they

gan Dreforys, wedi gostwng yn sylweddol yn ystod y flwyddyn ariannol ddiwethaf. Ni allaf yn fy myw gofio faint ydyw ond mae tua miliwn. Gallwch weld felly fod y diffyg yn Nhreforys heb ei adfer yn llawn ond mae ar y ffordd o gael ei adfer a byddwn yn siomedig iawn pe na bai ymddiriedolaeth Abertawe, yn ystod y flwyddyn ariannol gyfredol, wedi adennill cydbwysedd ariannol, ac o ganlyniad, wedi dileu diffyg Treforys.

[50] Peter Black: A vdych o'r farn fod uno Ymddiriedolaeth NHS Ysbyty Treforys ag Abertawe wedi cael effaith ar y broses adfer?

Mr Gregory: Credaf fod cyfuno'r ddwy ymddiriedolaeth hyn a'r arweinyddiaeth a gafwyd gan ei thîm rheoli cyfredol wedi cael effaith sylweddol. Un agwedd ar y broblem o ddiffygion ariannol mewn ymddiriedolaethau unigol yw bod ymddiriedolaethau yn tueddu i fod yn fewnblyg. Bydd ymateb y rheolwyr i raddau helaeth yn canolbwyntio ar yr amgylchiadau, yr hanes a'r cwbl a fu'n digwydd cyn hynny a hefyd ar allu'r rheolwyr eu hunain i ymdopi. Yr wyf yn adnabod y ddau ysbyty a'r ddau

were very well and they are very different. They have different roles clinically, different traditions and the atmosphere is different, as is the style of leadership. All those things mean that when you open the situation out and have a bigger organisation, you have a good chance of resolving the problem, as long as you have an effective management team, which is what I believe that we have at Swansea. That is why this has happened. There are synergies between the two hospitals that have helped, but at the end of the day, I think it is down to astute leadership.

[51] Peter Black: As I understand it, Morryston has additional difficulties because it is effectively a regional centre and people go to Morryston from other health authority areas, in particular, Dyfed Powys. Do you know if there is any impact on the deficit as a result of that? Is Morryston effectively carrying some of the deficit for Dyfed Powys and other area health authorities?

Mr Gregory: I think that there has been quite a long history of difficulty

dîm rheoli fel yr oeddent gynt yn dda iawn ac maent yn wahanol iawn. Mae ganddynt rôl glinigol wahanol, traddodiad gwahanol ac mae'r awyrgylch yn wahanol, a'r arweinyddiaeth hefyd. Mae'r holl elfennau hynny'n golygu bod gennych gyfle da i ddatrys y broblem, pan fyddwch yn ymestyn a mynd yn sefydliad mwy, cyhyd ag y bydd tîm rheoli effeithiol gennych, fel sydd gennym yn Abertawe yn fy nhyb i. Dyna pam y mae hyn wedi digwydd. Mae'r synergeddau yn sgîl uno'r ddau ysbty wedi bod o gymorth, ond yn y pen draw, arweinyddiaeth graff sydd yn gyfrifol, yn fy marn i.

[51] Peter Black: Yn ôl a ddeallaf, mae gan Dreforys anawsterau vchwanegol am ei fod yn ganolfan ranbarthol mewn gwirionedd a bod pobl yn mynd i Dreforys o ardaloedd awdurdodau iechyd eraill, Dyfed Powys yn enwedig. A wyddoch a oes unrhyw sgîl-effaith ar y diffyg o ganlyniad i hynny? A yw Treforys yn dwyn cyfran o'r diffyg ar ran Dyfed Powys ac ardaloedd awdurdodau iechyd eraill mewn gwirionedd?

Mr Gregory: Credaf y bu cryn hanes o anawsterau rhwng Treforys, fel yr

between Morriston, as it was, and Dyfed Powys Health Authority about what was an appropriate level of funding and those difficulties have become quite sore in recent years as I am sure that you know. However, Morriston's problems were largely associated with the hospital's internal financial dynamic its cost base and its inability to take costs out adequately as a consequence of service changes, which certainly goes back to 1996. There is also an element of difficulty over contracting between the trust and the health authority and I would not want to gainsay that. I do not believe that that is a major contributor; it is a contributor, but it is not the principal one or, in my judgment, even a major factor in the difficulties.

[52] Peter Black: Therefore, you think that it is a very minor proportion of the deficit?

Mr Gregory: I am perfectly happy to provide the Committee with information on the relativities but that would involve adjudicating between the Swansea and the Dyfed Powys views of the situation. I am quite happy to do that, but if you look at the deficit that arose the £2.63 million in 1996-97

oedd gynt, ac Awdurdod Iechyd Dyfed Powys ynglyn â'r hyn a oedd yn lefel ariannu briodol a bu'r anawsterau hynny yn gymharol ddiellon yn y blynyddoedd diweddar fel y gwyddoch, mae'n siwr gennyf. Fodd bynnag, yr oedd problemau Treforys yn ymwneud yn bennaf â deinameg ariannol fewnol yr vsbyty ei sylfaen gost a'i anallu i ddileu costau yn ddigonol o ganlyniad i newidiadau gwasanaeth, sydd, yn sicr, yn mynd yn ôl i 1996. Mae hefyd elfen o anhawster o ran contractio rhwng yr ymddiriedolaeth a'r awdurdod iechyd ac ni fyddwn am wadu hynny. Nid chredaf fod hwnnw'n cyfrannu'n sylweddol; mae'n ffactor, ond nid y prif ffactor ydyw nac ychwaith, yn fy marn i, un o'r ffactorau pwysig o ran yr anawsterau.

[52] Peter Black: Felly, cyfran fach iawn o'r diffyg yw hwnnw, yn eich barn chi?

Mr Gregory: Yr wyf yn gwbl fodlon rhoi gwybodaeth ar y ffactorau i'w cymharu i'r Pwyllgor ond byddai hynny'n golygu dyfarnu rhwng safbwynt Abertawe a safbwynt Dyfed Powys ar y sefyllfa. Yr wyf yn fwy na pharod i wneud hynny, ond os ystyriwch y diffyg a gafwyd sef y £2.63

Dyfed Powys was a very small proportion of that.

[53] Peter Black: Moving on to North Wales Health Authority area, how is north Wales the only authority to report a surplus in 1998-99?

Mr Gregory: Over the period 1996-97 to 1998-99, I said that Gwent had the best increase. That is not true, in fact, because North Wales Health Authority had an average 4.2 per cent increase. I do not think that that is a sufficient reply because Bro Taf Health Authority had a 4.3 per cent increase and yet ended up in a deficit position. My instinct says that North Wales Health Authority has benefited from a level of allocation relatively higher than is generally the case in Wales. It is higher than the Welsh average and that inevitably has an effect. I think that it is also true to say that the healthcare system in north Wales, except in the extreme north-east, is relatively more straightforward than in south-east Wales. North Wales now has three acute community and mental health trusts, which therefore have a relatively straightforward relationship with the health authority. Each of the

miliwn yn 1996-97 cyfran fach iawn o'r swm hwnnw oedd Dyfed Powys.

[53] Peter Black: Gan symud ymlaen at ardal Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru, pam mai Gogledd Cymru yw'r unig awdurdod i gofnodi gwarged yn 1998-99?

Mr Gregory: Dywedais mai Gwent a gafodd y cynnydd mwyaf yn ystod y cyfnod rhwng 1996-97 a 1998-99. Nid yw hynny'n wir, mewn gwirionedd, oherwydd cafodd Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru gynnydd cyfartalog o 4.2 y cant. Ni chredaf fod hwnnw'n ateb digonol, gan fod Awdurdod Iechyd Bro Taf wedi cael cynnydd o 4.3 y cant ond eto cafodd ddiffyg yn y pen draw. Fy nheimlad i yw bod Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru wedi elwa ar lefel ddyrannu gymharol uwch na'r cyffredin yng Nghymru. Mae'n uwch na lefel gyfartalog Cymru a chafodd hynny effaith wrth reswm. Mae'n wir dweud hefyd, yn fy marn i, bod y system gofal iechyd yng ngogledd Cymru, ac eithrio'r gogledd-ddwyrain pellaf yn symlach o'i gymharu â'r hyn a geir yn ne-ddwyrain Cymru. Bellach mae tair ymddiriedolaeth gymuned gofal aciwt a iechyd meddwl yng ngogledd Cymru, sydd felly â

trusts has a very clear demarcation, whether it be for local or regional services. It is only when one starts to get towards the highly competitive health system involving Chester, the Wirral and Wrexham that you start to see the kind of difficult dynamics that are so typical of what happens in south Wales. So I think that it is for a combination of those sorts of reasons.

[54] Dafydd Wigley: I cannot allow that to go by without raising one question. It is clearly one that you might want to address. Is it not possible that in north Wales the structure has been particularly well-run, so that the authority has been able to deliver within the resources and that it would be quite unreasonable and unfair to penalise an authority where that has happened, such as North Wales Health Authority, because of difficulties experienced elsewhere?

Mr Gregory: I would rather not answer questions about fairness. I think that is best left to politicians. Coming back to your point, I think that it is a mixed

pherthynas eithaf uniongyrchol â'r awdurdod iechyd. Mae gan bob un o'r ymddiriedolaethau ffiniau eglur iawn, waeth a ydynt ar gyfer gwasanaethau lleol ynteu gwasanaethau rhanbarthol. Dim ond pan ddechreuwch ystyried y system iechyd gystadleuol iawn sydd yng Nghaer, Cilgwri a Wrecsam y gwelwch y fath ddeinameg astrus sydd mor nodweddiadol o'r hyn sydd yn digwydd yn ne Cymru. Felly credaf mai cyfuniad o resymau o'r fath sydd yn gyfrifol.

[54] Dafydd Wigley: Ni allaf adael i'r mater fynd heibio heb godi un cwestiwn. Yn amlwg, cwestiwn ydyw y byddwch efallai am ei drafod. Onid yw'n bosibl bod y strwythur yng ngogledd Cymru wedi ei rheoli'n arbennig o dda, fel y bo modd i'r awdurdod gyflwyno gwasanaethau o fewn yr adnoddau ac y byddai'n gwbl afresymol ac yn annheg cosbi awdurdod lle bu hynny'n digwydd, megis yn Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru, oherwydd yr anawsterau a gafwyd mewn manau eraill?

Mr Gregory: Byddai'n well gennyf beidio ag ateb y cwestiynau ynglyn â thegwch. Credaf y byddai'n well gadael hynny i'r gwleidyddion. Gan

picture. I could not accept that the situation in north Wales is uniformly excellent. I think that some of the trusts in north Wales have been particularly well run. I would agree with that. However, north-west Wales has had a history of financial difficulty that has been overcome. At the merger of the two health authorities this is from memory, I would need to check this if you challenged me on it the outgoing Gwynedd Health Authority left the new North Wales Health Authority with a financial difficulty. I would not say that that was a substantial problem, but North Wales Health Authority had to spend some time dealing with that difficulty. There is also the issue that in north-east Wales the NHS trust for Wrexham Maelor has had a history of financial difficulty. However, generally speaking I would say that financial management in north Wales has been of a high standard.

ddychwelyd at eich pwynt, credaf ei fod yn ddarlun cymysg. Ni allwn dderbyn bod y sefyllfa yn rhagorol ledled gogledd Cymru. Credaf fod rhai o'r ymddiriedolaethau yng ngogledd Cymru wedi cael eu rheoli'n arbennig o dda. Byddwn yn cytuno â hynny. Fodd bynnag, cafwyd hanes o anawsterau ariannol yng ngogledd-orllewin Cymru yn y gorffennol sydd bellach wedi cael eu goresgyn. Ar adeg uno'r ddau awdurdod iechyd yn ôl yr hyn a gofiaf, byddai angen imi gadarnhau hyn pe baech yn fy herio ar hyn trosglwyddwyd anawsterau ariannol o'r hen Awdurdod Iechyd Gwynedd i'r Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru newydd. Ni ddywedwn mai problem ddifrifol ydoedd, ond yr oedd yn rhaid i Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru dreulio peth amser i ddelio â'r anhawster hwnnw. Mater arall hefyd yw y bu hanes o anawsterau ariannol yn yr ymddiriedolaeth NHS ar gyfer Wrecsam Maelor yng ngogledd-ddwyrain Cymru. Fodd bynnag, yn gyffredinol, byddwn yn dweud fod rheoli ariannol yng ngogledd Cymru wedi bod o safon uchel.

[Cafwyd egwyl goffi rhwng 10.57 a.m. ac 11.12 a.m.]

[A coffee break was held between 10.57 a.m. and 11.12 a.m.]

[55] Janet Davies: We now move on to the section that is concerned with the rising costs of clinical negligence. Part 5 of the report addresses those problems and, unfortunately, notes that they are rising sharply. Mr Gregory, do you expect the costs of clinical negligence cases to continue to rise at this alarming rate?

Mr Gregory: Perhaps it would be helpful if I gave you a spread of figures to show what has happened over the last few years so that we can put your question into a proper context. I shall give you the amounts for the expenditure by what is called the Welsh risk pool, which is the main instrument for handling the financial impact of clinical negligence in Wales. I shall start with 1996-97, go through 1997, 1998 and 1999 and give an estimate for the current financial year. That will probably be helpful. In 1996-97, the expenditure on clinical negligence was £4.2 million; in 1997-98 it was £6.6 million; in 1998-99 it was £7.9 million. Projected expenditure in 1999-2000 is £12 million and, although

[55] Janet Davies: Yr ydym yn symud ymlaen yn awr at yr adran sydd yn ymwneud â chostau cynyddol esgeulustra clinigol. Mae rhan 5 o'r adroddiad yn mynd i'r afael â'r problemau hyn a, gwaetha'r modd, yn nodi eu bod yn codi'n gyflym. Mr Gregory, a ydych yn disgwyl y bydd costau achosion o esgeulustra clinigol yn parhau i godi mor frawychus o gyflym?

Mr Gregory: Efallai y byddai o gymorth imi roi detholiad o ffigurau ichi sydd yn dangos yr hyn a fu'n digwydd yn ystod yr ychydig flynyddoedd diwethaf fel y gallwn osod eich cwestiwn o fewn cyd-destun priodol. Rhoddaf ichi y symiau ar gyfer gwariant gan yr hyn a elwir yn gronfa risg Cymru sef y prif offeryn ar gyfer trafod effaith ariannol esgeulustra clinigol yng Nghymru. Dechreuaf gyda 1996-97, gan symud drwy 1997-1998 a 1999 gan roi amcangyfrif o'r flwyddyn ariannol gyfredol. Mae'n debyg y bydd hynny o gymorth. Yn 1996-97, £4.2 miliwn oedd y gwariant ar esgeulustra clinigol; £6.6 miliwn yn 1997-98; a £7.9 miliwn yn 1998-99. £12 miliwn yw'r gwariant arfaethedig ar gyfer 1999-2000, ac er

this is a highly speculative estimate, for which I would not want to be held too closely to account, it is somewhere around £15.5 million for 2000-01. You can see that there are some very significant increases in that flow of figures.

I think that behind this lie two phenomena. The first is the increasing propensity of individuals to resort to law for the settlement of damages in respect of clinical incidents. The second is a developing view on the part of the courts, particularly the Court of Appeal, on the levels of compensation that should be provided. Those two things together, I think, are generating the increase that I have set out for you.

I should say that I think there is a short-term influence as well. That is that the implementation of the Woolf report's recommendations on improving the process of law has had an impact on the promptness with which settlements are made. That may have had an impact in bringing forward settlements into earlier years than might otherwise have happened. That is a kind of abbreviated description of what has been going on.

mai amcangyfrif bras iawn ydyw, ac na hoffwn fod yn atebol drosto, tua £15.5 miliwn fydd y gwariant ar gyfer 2000-01. Gallwch weld bod sawl cynnydd sylweddol iawn yn y gyfres honno o ffigurau.

Credaf fod dau ffenomenon y tu ôl i hyn. Yn gyntaf mae'r duedd gynyddol ymhlith unigolion i fynd i'r gyfraith er mwyn setlo iawndal mewn achosion o esgeulustra clinigol. Yn ail, agwedd y llysoedd, yn enwedig y Llys Apêl, sydd yn datblygu o ran lefelau'r iawndal y dylid eu rhoi. Y ddau beth hynny gyda'i gilydd, yn fy marn i, sydd yn cynhyrchu'r cynnydd yr wyf wedi ei nodi ichi.

Dylwn ddweud bod dylanwad tymor byr yn ogystal, yn fy marn i. Hynny yw, mae gweithredu argymhellion adroddiad Woolf er gwella gweithredu'r gyfraith wedi cael effaith ar ba mor brydlon y caiff setliadau eu gwneud. Efallai bod hynny wedi cael effaith drwy ddwyn setliadau ymlaen i flynyddoedd cynharach nag y byddai wedi digwydd fel arall. Disgrifiad cryno yw hwnnw o'r hyn sydd wedi bod yn digwydd.

[56] Janet Davies: The whole issue of compensation is one upon which we would not wish to comment. While the costs are clearly rising in that area, I do not think that any members of this Committee would want to see people getting anything other than their just deserts when something goes wrong. However, what are you doing to improve the standard of risk management within the NHS?

Mr Gregory: There are a number of issues that I think need to be teased out in this respect. Perhaps I can run through some of them. The first is that we should not look at clinical negligence without looking at the whole concept of clinical effectiveness and clinical governance nationally. In other words, to put it briefly, you have to see clinical negligence in the context of the agenda for improving quality of care in the NHS.

Unless you have a strategic framework for improving quality, then tackling particular aspects of the clinical negligence agenda seem unlikely to be ultimately successful. As a consequence of that, we have undertaken by which I mean the Assembly has undertaken initiatives like promoting the concept

[56] Janet Davies: Mae iawndal yn fater na fyddwn am gynnig sylwadau yn ei gylch o gwbl. Er bod y costau yn amlwg yn cynyddu yn y maes hwnnw, ni chredaf y byddai unrhyw aelod o'r Pwyllgor hwn ond am weld pobl yn cael cyfiawnder pan fydd pethau'n mynd o'i le. Fodd bynnag, beth yr ydych yn ei wneud i wella safon rheoli risg o fewn yr NHS?

Mr Gregory: Crdeaf fod nifer o faterion angen eu harchwilio fesul un yn hyn o beth. Efallai y caf nodi rhai ohonynt. Y cyntaf yw na ddylem ystyried esgeulustra clinigol heb edrych ar gysyniad cyfan effeithiolrwydd clinigol a rheoli clinigol ledled yn genedlaethol. Hynny yw, yn gryno, mae'n rhaid ichi ystyried esgeulustra clinigol yng nghyd-destun yr agenda i wella ansawdd gofal yn yr NHS.

Oni fydd gennych fframwaith strategol ar gyfer gwella ansawdd, mae'n annhebygol, yn ôl pob golwg, y bydd mynd i'r afael ag agweddau penodol ar agenda esgeulustra clinigol yn llwyddo yn y pen draw. O ganlyniad i hynny, yr ydym wedi ymgymryd hynny yw, mae'r Cynulliad wedi ymgymryd â

of clinical governance in trusts and making that a direct responsibility of chief executives; the provision of expert guidance on effective treatments and care produced by the National Institute for Clinical Excellence; the scrutiny of provision management and quality of care which will, as of 1 April, be undertaken by the Commission for Health Improvement and work with district audit to examine compliance with risk management standards that are set for trusts and health authorities. A number of organisations have over the years undertaken their own accreditation systems through, for example, the King's Fund, Investors in People and the European Foundation for Quality Management.

There is also the role of the Royal College in terms of training standards and the controls assurance arrangements which are reflected in the Comptroller and Auditor General's report. That is a panoply, if I can use the expression, of arrangements at the national level to put into context the effort to improve the quality of care. All of those will have an impact on the climate within which clinicians are

mentrau megis hybu cysyniad rheoli clinigol yn yr ymddiriedolaethau a sicrhau mai cyfrifoldeb uniongyrchol y prif weithredwyr ydyw; rhoi arweiniad arbenigol ar driniaethau a gofal effeithiol a gynhyrchir gan y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol; archwilio'r gwaith o reoli darpariaeth ac ansawdd gofal y bydd y Comisiwn Gwella Iechyd yn ymgymryd ag ef o 1 Ebrill ymlaen a gweithio gyda'r archwiliad dosbarth i archwilio cydymffurfiaid â'r safonau rheoli risg a bennwyd ar gyfer ymddiriedolaethau ac awdurdodau iechyd. Bu nifer o sefydliadau dros y blynnyddoedd yn ymgymryd â'u systemau achredu eu hunain drwy, er enghraifft, Cronfa'r Brenin, Buddsoddwyr mewn Pobl a'r Sefydliad Ewropeaidd dros Reoli Ansawdd.

Ceir hefyd rôl y Coleg Brenhinol o ran safonau hyfforddi a'r trefniadau ar gyfer sicrwydd rheolaethau sydd yn cael eu nodi yn adroddiad y Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol. Mae honno'n gyfres amryfath o drefniadau, os caf ddweud hynny, ar lefel genedlaethol i roi'r ymdrech i wella ansawdd gofal yn ei chyd-destun. Bydd pob un o'r rheiny'n cael effaith ar y sefyllfa gyffredinol pan fydd clinigwyr

treating patients. In respect of the particulars, the Comptroller and Auditor General comments in his report on the Welsh risk pool. Clinical negligence has been a feature of the Comptroller and Auditor General's reports over a number of years. The previous report indicated that the Welsh risk pool was taking measures to improve risk management standards in Wales, and that is proceeding.

Work is also in hand to implement discounted excess charges for trusts with good clinical negligence records. As recently as last month the Welsh risk pool, which is now managed by the Conwy and Denbighshire NHS Trust in north Wales, has appointed two clinical assessors to undertake audit compliance against the risk management standards which have been set.

I should say that my executive team and I met the chief executive of the risk pool very recently in order to hear at first hand what steps the pool is taking to undertake more rigorous risk management of this issue in the NHS. I

yn trin eu cleifion. O ran y manylion, mae'r Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol yn rhoi sylwadau ar gronfa risg Cymru yn ei adroddiad. Bu esgeulustra clinigol yn rhan o adroddiadau'r Rheolwr ac Archwilydd Cyffredin ers nifer o flynyddoedd. Yr oedd yr adroddiad blaenorol yn nodi bod cronfa risg Cymru yn cymryd mesurau i wella safonau rheoli risg yng Nghymru, ac mae hynny'n mynd rhagddo.

Mae gweithredu taliadau disgowntedig dros ben a godir ar gyfer ymddiriedolaethau a chanddynt gofnod da o ran esgeulustra clinigol hefyd ar waith. Mor ddiweddar â'r mis diwethaf penododd cronfa risg Cymru, sydd yn cael ei rheoli gan Ymddiriedolaeth NHS Conwy a Sir Ddinbych yng ngogledd Cymru, ddau asesydd clinigol i ymchwilio i'r graddau y cydymffurfir â'r archwiliad yn erbyn y safonau rheoli risg a bennwyd.

Dylwn nodi i'm tîm gweithredol a minnau gyfarfod â phrif weithredwr y gronfa risg yn ddiweddar iawn er mwyn clywed o lygad y ffynnon am y camau y mae'r gronfa yn eu cymryd er mwyn gweithredu rheoli risg

gave a very firm steer that we wanted the Welsh risk pool to be more proactive in ensuring good process, following up on audit of good practice and also in dissemination of incidents and effective responses to them. That is a challenge that it is readily taking up.

[57] Geraint Davies: I think that it was Confucius who said that a wise man learns from his mistakes, but a wiser man learns from the mistakes of others. With regard to this situation, what action do you take following a claim to reduce the risk of the event reoccurring, in issuing guidance to NHS trusts and strengthening the clinical audit?

Mr Gregory: I think that I should say at the start that this is not an area in which I think that we have been sufficiently proactive. I would not want to say to the Committee that this is something that we have sorted out and buttoned down and that you should be absolutely assured that everyone knows what is going on and that there is a good level of communication. I

cadarnach yn y maes hwn yn yr NHS. Rhoddais gyfarwyddyd cadarn iawn ein bod am i gronfa risg Cymru fod yn fwy rhagweithiol wrth sicrhau gweithredu da, gan ymateb i'r archwiliad o arfer da a hefyd wrth ledaenu gwybodaeth am ddigwyddiadau ac ymatebion effeithiol iddynt. Mae hynny'n her y mae pobl yn barod iawn i fynd i'r afael â hi.

[57] Geraint Davies: Credaf mai Confucius a ddywedodd fod dyn doeth yn dysgu oddi wrth ei gamgymeriadau, ond bod dyn doethach yn dysgu oddi wrth gamgymeriadau pobl eraill. Parthed y sefyllfa hon, pa gamau y byddwch yn eu cymryd yn sgîl cais i leihau'r risg y bydd hyn yn digwydd eto, o ran rhoi arweiniad i ymddiriedolaethau NHS ac atgyfnerthu'r archwiliad clinigol?

Mr Gregory: Credaf y dylwn ddweud ar y cychwyn cyntaf fod hwn yn faes lle nad ydym wedi bod yn ddigon rhagweithiol, yn fy marn i. Ni hoffwn ddweud wrth y Pwyllgor bod hwn yn faes yr ydym wedi ei ddatrys a'i sicrhau ac y dylech fod yn gwbl ffyddiog bod pawb yn gwybod yr hyn sydd yn digwydd a bod lefel dda o gyfathrebu. A dweud y gwir, credaf fod

think, frankly, that this is an area that has needed improvement. One of the reasons why we met the risk pool recently was to explore how it might do that.

The risk pool itself, which represents all health authorities and trusts throughout Wales, has set up a risk managers' network. This enables all risk managers in trusts and health authorities to share good practice. It is a bringing together of all the people who take responsibility in these organisations. It has the objective not just of sharing good practice, but also of trying to identify improvements in the way in which organisations respond to untoward clinical incidents.

This financial year, the risk pool will discuss the setting up of a computer based system to make sure that the NHS at large can learn the lessons it needs to learn from these mistakes. It will also draw together good practice guidance on a number of important issues. We are instituting a requirement that any untoward incident of an exceptional nature should be reported to the Welsh risk pool so that it can consider whether it

hwn yn faes yr oedd angen ei wella. Un o'r rhesymau pam y cyfarfuom â'r gronfa risg yn ddiweddar oedd ymchwilio i sut y gellid gwneud hynny.

Mae'r gronfa risg ei hun, sydd yn cynrychioli'r holl awdurdodau ac ymddiredolaethau iechyd ledled Cymru, wedi sefydlu rhwydwaith risg i reolwyr. Mae hyn yn galluogi pob rheolwr risg yn yr ymddiriedolaethau a'r awdurdodau iechyd rannu arferion da. Mae'n fater o ddod â'r holl bobl sydd â chyfrifoldeb yn y sefydliadau hyn ynghyd. Y nod yw rhannu arfer da, ond hefyd geisio nodi sut y gellir gwella'r modd y mae sefydliadau'n ymateb i ddigwyddiadau clinigol annisgwyl.

Yn ystod y flwyddyn ariannol gyfredol, bydd y gronfa risg yn trafod sefydlu system gyfrifiadurol i sicrhau bod yr NHS yn ei gyfanrwydd yn gallu dysgu'r gwersi y mae angen eu dysgu oddi wrth y camgymeriadau hyn. Bydd hefyd yn casglu ynghyd arweiniad arfer da ar nifer o faterion pwysig. Yr ydym yn ei gwneud yn ofynnol i adroddiad ar unrhyw ddigwyddiad annisgwyl gael ei gyflwyno i gronfa risg Cymru fel y gall ystyried a oes angen

needs to disseminate information about the risk, the incident and the action that needs to be taken in respect of it.

I should say that an automatic aspect of all of this is that if there is ever an incident which involves a piece of equipment, then the Medical Devices Agency is informed and it takes the necessary measures. It is not just the risk pool that one is relying on in this situation. There are other agencies involved.

All of that, I think, provides a development platform that is the way I would describe it in which we are going to explore ways of substantially improving the way in which the NHS learns lessons. In addition to that, the activities of NICE and the Commission for Health Improvement will supplement that at a national level by putting into the system kitemarked advice I think that is the expression drawn from their experience and from the expert resources on which they have to draw.

[58] Geraint Davies: I am surprised that only 10 out of the 21 member bodies have filled in a self-assessment form with regard to the risk management

lledaenu gwybodaeth am y risg, y digwyddiad a'r camau y mae angen eu cymryd yn ei gylch.

Dylwn nodi mai agwedd awtomatig ar hyn i gyd yw bod yr Asiantaeth Dyfeisiadau Meddygol yn cael gwybod pan fydd unrhyw ddigwyddiad yn ymwneud â chyfarpar ac mae'n cymryd y camau angenrheidiol. Nid y gronfa risg yn unig sydd â chyfrifoldeb yn y sefyllfa hon. Mae asiantaethau eraill yn gysylltiedig â hyn.

Mae hyn i gyd yn darparu llwyfan datblygu, yn fy marn i felly y byddwn yn ei disgrifio lle y byddwn yn ymchwilio i ffyrdd o wella'n sylweddol y modd y mae'r NHS yn dysgu gwersi. Yn ogystal â hynny, bydd gweithgareddau'r Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol a'r Comisiwn Gwella Iechyd yn ategu hyn yn genedlaethol drwy gyflwyno cyngor nod ansawdd credaf mai dyna'r term i'r system gan dynnu ar eu profiad a'r adnoddau arbenigol sydd ganddynt wrth gefn.

[58] Geraint Davies: Yr wyf yn synnu mai dim ond 10 o blith y 21 corff aelod sydd wedi llenwi ffurflen hunan-asesu o ran y safon rheoli risg, a fyddai'n

standard, which would assess the excess that they pay on any claim. Are we going to ensure that more people fill in these forms in order to see what the situation is in the various trusts?

Mr Gregory: Yes, we shall. I was surprised to learn this too. We will follow it up.

[59] Geraint Davies: Will they be penalised if they do not fill these in and will the excess payments be greater as a result?

Mr Gregory: There is a very strong case for trying to relate the premium costs to experience of clinical negligence in the particular organisation, as long as we can have a robust and fair system which also has the effects that we are looking for. I agree with you that this needs much further work. That is in hand.

[60] Geraint Davies: How does the performance of the Welsh risk pool compare with the NHS litigation authority in England, which uses private solicitors? Is it true that the lawyers in the Welsh risk pool are less

asesu'r tâl dros ben y maent yn ei dalu ar bob cais. A fyddwn yn sicrhau y bydd mwy o bobl yn llenwi'r ffurflenni hyn er mwyn gweld yr hyn sydd yn digwydd yn y gwahanol ymddiriedolaethau?

Mr Gregory: Byddwn. Yr oeddwn innau'n synnu pan gefais wybod am hyn. Byddwn yn gweithredu ar hynny.

[59] Geraint Davies: A fyddant yn cael eu cosbu os na fyddant yn eu llenwi ac a fydd y taliadau dros ben yn uwch o ganlyniad?

Mr Gregory: Mae dadl gref iawn o blaid ceisio cysylltu costau'r premiwm â'r achosion o esgeulustra clinigol mewn sefydliad penodol, cyhyd ag y gallwn gael system gadarn a theg sydd hefyd yn cael yr effaith yr ydym yn ei cheisio. Cytunaf â chi bod angen rhagor o waith ar hyn. Mae hynny wedi cael ei roi ar waith.

[60] Geraint Davies: Sut y mae perfformiad cronfa risg Cymru yn cymharu ag awdurdod ymglyfreitha'r NHS yn Lloegr, sydd yn defnyddio cyfreithwyr preifat? A yw'n wir bod cyfreithwyr yng nghronfa risg Cymru

experienced than those in the private sector and, as a consequence, the health service is at a disadvantage?] have been told that we tend to settle our claims more slowly than is done in England. Is that the case?

Mr Gregory: I do not think that I am well placed to make comparisons between England and Wales. I am inclined to deflect that question in the direction of the Auditor General for Wales and his colleagues. I am confident that the level of legal expertise that we have in Wales specialising in this work and in close contact with the trusts and health authorities is of a high order. As to the promptness with which they undertake their work, what I had to say about the Woolf report is relevant. The requirements that are now placed on solicitors on both sides, are more rigorous than they were. I am confident that the Welsh risk pool and the Welsh legal health services are improving on the quality of their service and compare favourably. I defer to Sir John.

Sir John Bourn: I cannot give a definitive comparison of how these

yn llai profiadol na chyfreithwyr yn y sector preifat ac, o ganlyniad bod y gwasnaeth iechyd o dan anfantais? Dywedwyd wrthyf ein bod yn tueddu i setlo ein ceisiadau'n arafach nag yn Lloegr. A yw hynny'n wir?

Mr Gregory: Ni chredaf fy mod mewn sefyllfa dda i dynnu cymariaethau rhwng Cymru a Lloegr. Teimlaf y dylwn gyfeiro'r cwestiwn hwnnw at Archwilydd Cyffredinol Cymru a'i gydweithwyr. Yr wyf yn hyderus bod lefel yr arbenigedd cyfreithiol sydd gennym yng Nghymru yn y maes hwn ac sydd mewn cysylltiad agos â'r ymddiriedolaethau a'r awdurdodau iechyd o safon uchel. Ynglyn â'u prydlondeb o ran ymgymryd â'r gwaith, mae'r hyn a ddywedais am adroddiad Woolf yn berthnasol. Mae'r gofynion sydd bellach wedi eu rhoi ar gyfreithwyr ar y ddwy ochr yn llawer llymach nag yr oeddent. Yr wyf yn ffyddiog bod cronfa risg Cymru a gwasanaethau cyfreithiol iechyd Cymru'n gwella ansawdd eu gwasanaeth a'u bod yn cymharu'n ffafriol. Yr wyf yn ildio i farn Syr John.

Syr John Bourn: Ni allaf dynnu cymhariaeth ddifiniol o'r modd y

matters are managed in different parts of the United Kingdom. If it would help the Committee, I will examine this to see if I can provide information on it. Recognising that the business of signing up the Scots to doing rather less than the northern Irish and the northern Irish doing less well than the English will be a rather complex matter. I will look at this and see whether I can help the Committee with it.

[61] Janet Davies: Thank you. I recognise that you are not a witness to your own report.

[62] Geraint Davies: I return to the risk pool arrangement. Do you think that, in the future, trusts will take out commercial insurance against clinical negligence as opposed to relying on the Welsh risk pool?

Mr Gregory: I would not advocate that. That would undermine the whole notion of having a consistent approach based on high levels of expertise across Wales. That would be a return to a disconnected and disjointed approach about which I would have serious misgivings.

mae'r materion hyn yn cael eu rheoli mewn gwahanol rannau o'r Deyrnas Gyfunol. Os bydd o gymorth i'r Pwyllgor, byddaf yn ymchwilio i hyn a chanfod a oes modd imi roi gwybodaeth ar y mater. Mater braidd yn ddyrys fydd cydnabod bod llwyddo i sicrhau bod yr Alban yn gwneud tipyn yn llai na Gogledd Iwerddon ac nad yw Gogledd Iwerddon yn gwneud cystal â Lloegr. Byddaf yn ystyried hyn a gweld a oes modd imi roi gwybodaeth i'r Pwyllgor yn ei gylch.

[61] Janet Davies: Diolch yn fawr. Yr wyf yn cydnabod nad ydych yn dyst i'ch adroddiad eich hun.

[62] Geraint Davies: Dychwelaf at drefniant y gronfa risg. A ydych o'r farn y bydd ymddiriedolaethau, yn y dyfodol, yn trefnu yswiriant masnachol ar gyfer esgeulustra clinigol yn hytrach na dibynnu ar gronfa risg Cymru?

Mr Gregory: Ni fyddwn yn dadlau o blaid hynny. Byddai hynny yn tansailio'r nod o gael ymagwedd gyson sydd yn seiliedig ar lefelau uchel o arbenigedd ledled Cymru. Byddai hynny yn dychwelyd at ymagwedd anghyson a digyswllt ac y byddai amheuan mawr gennyf yn ei chylch.

[63] Dafydd Wigley: Byddwn yn ddiolchgar pe byddem yn cael cysoni'r ffigurau yr ydym wedi eu clywed ynglyn ag esgeulustod clinigol. Clywsom ffigurau gan Mr Gregory sydd yn dangos cynnydd mewn gwariant o £4 miliwn y flwyddyn bedair blynedd yn ôl i £12 miliwn yn awr. Cawn ein harwain i gredu bod maint y gronfa risg yng Nghymru rhwng £145 miliwn a £214 miliwn. Mae hynny'n dros £200 miliwn o risg. Hoffwn glywed a yw Mr Gregory yn derbyn bod maint y gronfa yn gymaint â hynny, o vstyried bod posibilrwydd o hawlio yn erbyn y gronfa. Os yw hynny'n gywir, oni olyga hynny bod yn rhaid neilltuo arian i gyfarfod â'r risg hwn, arian a fyddai fel arall ar gael i wella gwasanaethau iechyd ac felly lleihau'r risg i'r bobl sydd yn derbyn y gwasanaethau?

Mr Gregory: To deal with Mr Wigley's last point, if money is being spent as a consequence of compensation claims laid against the NHS, I think that it is inevitable that that money can only come from within the NHS and is therefore not available to be spent on patient care. That is unarguable. To sound a note of caution, however, whenever the Comptroller and Auditor

[63] Dafydd Wigley: I would be grateful if we could reconcile the figures that we have heard in relation to clinical negligence. We have heard figures from Mr Gregory which show an increase in expenditure from £4 million a year four years ago to £12 million now. We are led to believe that the size of the risk pool is between £145 million and £214 million in Wales. That is over £200 million of risk. I would like to know whether Mr Gregory accepts that the pool is of that size, considering that there is a possibility of claiming against the pool. If that is true, does that not mean that money will have to be set aside to meet this risk, money that would otherwise be available for improving health services and therefore reducing the risk for people receiving those services?

Mr Gregory: I drafod pwynt olaf Mr Wigley, os bydd arian yn cael ei wario o ganlyniad i'r ceisiadau am iawndal a wneir erbyn yr NHS, credaf ei fod yn anochel bod yr arian hwnnw ddim ond yn gallu dod o'r tu mewn i'r NHS ac felly nid yw ar gael i'w wario ar ofal i gleifion. Ni ellir dadlau fel arall. Ond a gaf roi rhybudd, pryd bynnag y mae'r Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol yn

General produces his report, the newspapers always pick the largest figure that they can find and quote it as the most important figure. The sort of figures that you were quoting are the maximum level of risk that, at the moment, we believe is conceivably possible. Welsh health legal services will do their best within the legal system to ensure that that amount is reduced to the maximum extent possible. The actual likely exposure over the next few years is at the sort of levels that the Comptroller and Auditor General sets out in paragraph 5.4 so that the large figure includes wet-finger-in-the-air type calculations of the maximum degree of exposure. Some of that will never come to payment because the case will be lost, it will fall in other ways or if it is settled, it might be settled at levels lower than currently thought conceivable.

[64] Dafydd Wigley: A gaf eich pwysu ymhellach ar hyn? Dywedasoch fod y gwariant wedi treblu dros y pedair blynedd. A yw hi'n gywir dweud bod maint y gronfa fwyaf posibl wedi treblu o tua £70 miliwn i £214 miliwn?

cyhoeddi ei adroddiad, mae'r papurau newydd bob tro yn nodi'r ffigur mwyaf y gallent gan ei ddyfynnu fel y ffigur pwysicaf. Ar hyn o bryd, uchafswm lefel y risg y tybir ei bod yn bosibl yn ein barn ni yw ffigurau o'r fath yr oeddech yn eu dyfynnu. Bydd gwasanaethau cyfreithiol iechyd Cymru yn gwneud eu gorau glas o fewn y system gyfreithiol i sicrhau bod y swm hwnnw yn gostwng gymaint â phosibl. Bydd yr amlygiad tebygol gwirioneddol dros yr ychydig flynyddoedd nesaf ar y math o lefel ag y mae'r Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol yn ei nodi ym mharagraff 5.4 felly mae'r ffigur mawr yn cynnwys cyfrifiadau bras iawn o uchafswm lefel yr amlygiad. Ni chaiff cyfran o'r ffigur hwnnw ei thalu byth oherwydd y caiff yr achos ei golli, bydd yn disgyn mewn ffyrdd eraill neu os caiff achos ei setlo, efallai y caiff ei setlo am swm sydd yn is na'r hyn y tybir ei fod yn bosibl ar hyn o bryd.

[64] Dafydd Wigley: May I press you further on this? You said that the expenditure had trebled over the four years. Is it correct to say that the size of the largest possible pool has trebled from about £70 million to £214 million?

Mr Gregory: I do not have the precise figures in front of me but I would guess that that was right. By the way, in talking about the Welsh risk pool, I am talking about the organisation in the trust that runs the payment process for claims of over £30,000 on behalf of the NHS. The sort of sums that you describe are the total aggregation of what health authorities and trusts think might conceivably be at risk over the next 10 or 15 years. That is made up of two elements: the provisions, which are those for cases where we know that there is a high likelihood of a successful claim and some estimate, and the rest are those which are just a possibility.

[65] Dafydd Wigley: Felly byddai'n iawn dweud bod maint y gronfa yn cynyddu fwy neu lai ar yr un raddfa â'r taliadau, mai ffigur 1998-99 oedd £214 miliwn a bod eich ffigurau'n dyblu rhwng 1998-99 a 2000-01 o £7.9 milliwn i £15.5. A allwn ddehongli o hynny bod maint y gronfa hon yn debygol o ddyblu o £200 miliwn i £400 miliwn? Yr wyf yn eich pwysu ar hyn. A yw'r ffigur o £200 miliwn yn 1999 a'r ffigur posibl o £400 miliwn erbyn 2000-01 yn realistig, neu a yw'n

Mr Gregory: Nid yw'r ffigurau manwl gywir gennyf o'm blaen ond byddwn yn dyfalu bod hynny'n gywir. Gyda llaw, wrth gyfeirio at gronfa risg Cymru, yr wyf yn sôn am y sefydliad yn yr ymddiriedolaeth sydd yn gweinyddu'r broses talu ceisiadau dros £30,000 ar ran yr NHS. Mae'r math o symiau yr ydych yn eu disgrifio yn gyfanswm ar gyfer yr hyn y mae'r awdurdodau a'r ymddiriedolaethau iechyd yn tybio y bydd o dan risg dros y 10 neu 15 mlynedd nesaf. Ceir dwy elfen: y darpariaethau, sef darparu ar gyfer achosion lle yr ydym yn gwybod y bydd cais yn debygol iawn o lwyddo a bras amcanion, a'r achosion hynny sydd yn weddill a chanddynt bosibilrwydd yn unig o lwyddo.

[65] Dafydd Wigley: Then it would be true to say that the size of the pool increases more or less at the same rate as the payments, the 1998-99 figure was £214 million and that your figures are doubling between 1998-99 and 2000-01 from £7.9 million to £15.5. Can we interpret from that that the size of this pool is likely to double from £200 million to £400 million? I press you on this. Is the figure of £200 million in 1999 and the possible figure of £400 million by 2000-01 realistic, or is it

gamarweiniol edrych ar ffigurau o'r maint hyn?

Mr Gregory: Thank you. That is a helpful explanation of the line of questioning. Making calculations of the kind that you describe about what the level will be in future is fraught with difficulty. I cannot remember whether you were here, Mr Wigley, when I was discussing this earlier. One of the reasons why this has increased so much is not because of an increase in claims, although that has also been happening, but a change in the attitude of the courts to making compensation payments. We have very recently had another Court of Appeal judgment that will have an effect, I believe, though nowhere near as severe as the one in 1998.

One has to make a judgment about the level of claims coming forward and the attitude of the courts. My instinct, and I may be proved wrong over the next couple of years, is that we have seen a very big hike in the levels of compensation being paid that we are unlikely to see over the next couple of years. It would therefore be misleading to extrapolate on an arithmetic basis

misleading to look at figures of this size?

Mr Gregory: Diolch yn fawr. Mae hwnnw'n eglurhad defnyddiol o'r hyn sydd yn cael ei ofyn. Mae gwneud cyfrifiadau o'r math yr ydych yn eu disgrifio ynglŷn â'r lefel yn y dyfodol yn llawn anawsterau. Ni allaf gofio a oeddech yma, Mr Wigley, pan oeddwn yn trafod hyn yn gynharach. Un o'r rhesymau pam y cynyddodd hyn gymaint yw bod ymagwedd y llysoedd sydd yn pennu taliadau iawndal wedi newid yn hytrach na bod nifer y ceisiadau wedi cynyddu, er bod hyn wedi bod yn digwydd hefyd. Yn ddiweddar iawn cawsom ddyfarniad arall gan y Llys Apêl a fydd yn cael effaith, fe gredaf, ond heb fod yr un mor ddifrifol o bell ffordd â'r dyfarniad yn 1998.

Mae'n rhaid ichi wneud penderfyniad ar lefel y ceisiadau a wneir ac ymagwedd y llysoedd. Fy nheimlad i, ac efallai y caf fy mhrofi'n anghywir dros yr ychydig flynyddoedd nesaf, yw ein bod wedi gweld cynnydd mawr iawn ym maint yr iawndal a delir yr ydym yn annhebygol o'i weld yn yr ychydig flynyddoedd nesaf. Felly byddai'n gamarweiniol cynnig

from one to another. However, candidly, that is at risk of another high value case coming to court, being fought through to the Court of Appeal, and the Court of Appeal making a judgment on that case which has implications for that class of cases across the NHS. It is very difficult to judge but I think that simply extrapolating is far too simplistic.

[66] Dafydd Wigley: Mae un cwestiwn arall gennyf ar hyn. I ba raddau yr vdych yn cadw arian yn ôl yng nghronfa iechyd y Cynulliad eleni, ar gyfer y posibilrwydd bod ffigur rhwng £15-£200 miliwn, neu hyd yn oed £400 miliwn, yn dod yn daladwy? Os yw'n dod yn daladwy, rhaid inni ddod o hyd i'r arian. Os oes rhaid i arian fod ar gael i'w wario yn y modd hwn, ni fydd yn cael ei wario ar bethau eraill. Faint o swm yr ydym yn cadw wrth gefn, ynteu a oes gennym broses arall sydd yn darparu arian ychwanegol y tu allan i'r gyllideb iechyd i sicrhau bod arian ar gael?

Mr Gregory: I gave you an estimate of what we think will be paid out of the Welsh risk pool in 2000-01, which is

amcangyfrif o'r naill i'r llall ar sail rifyddol. Fodd bynnag, a dweud y gwir, mae o dan berygl y bydd achos gwerth uchel arall yn mynd i'r llys, yn cael ei ymladd hyd at y Llys Apêl, gan arwain at y Llys Apêl yn rhoi dyfarniad ar yr achos hwnnw a fydd â goblygiadau ar gyfer y math hwnnw o achos ar draws yr NHS. Mae'n anodd iawn barnu ond credaf fod cynnig amcangyfrifon yn unig yn llawer rhy syml.

[66] Dafydd Wigley: I have one more question on this. To what extent do you keep money back in the Assembly's health fund this year, for the possibility that a figure of between £15-£200 million, or even £400 million, becomes payable? If it becomes payable, we must find the money. If that money needs to be available to be spent in this way, it will not be spent on other things. How much of a sum are we keeping back, or do we have another process that provides additional money from outside the health budget to ensure that money is available?

Mr Gregory: Rhoddais amcangyfrif ichi o'r swm y credwn a gaiff ei dalu o gronfa risg Cymru yn 2000-01, sef

£15.5 million. That is our current best estimate. It is not our estimate, actually. It belongs to the Welsh risk pool and the Welsh Health Legal Services. That is the best estimate that they can make, in consultation with the NHS, of the level of compensation claims that will be paid this financial year. They have, broadly speaking, but subject to unexpected court judgments, been quite accurate in that. They are making a judgment on the cases that they know are likely to be settled over the next 10 years on occasions these cases can take a considerable length of time and on which of those cases is likely to come to judgment in 2000-01 and at what level. As a consequence, the premiums that the NHS pay into the Welsh risk pool are levied on the basis of that mutual appreciation of what the total cost is likely to be. One of the things that I cannot emphasise too much is that out of the big figure I forget which it was now of £200 million that you quoted, a very significant proportion of that will never be paid, for a variety of reasons, such as the case falls away, compensation levels will be much lower or the case is lost.

£15.5 miliwn. Hwnnw yw ein hamcangyfrif gorau ar hyn o bryd. Nid ein hamcangyfrif ni ydyw, a dweud y gwir. Amcangyfrif cronfa risg Cymru a Gwasanaethau Cyfreithiol Iechyd Cymru ydyw. Hwnnw yw'r amcangyfrif gorau y gallant ei wneud, mewn ymgynghoriad â'r NHS, o ran lefel y ceisiadau am iawndal a gaiff eu talu yn ystod y flwyddyn ariannol gyfredol. Yn gyffredinol, maent wedi bod yn eithaf cywir yn hynny o beth er eu bod yn ddarostyngedig i ddyfarnidau llys annisgwyl. Maent yn barnu achosion y maent yn gwybod y cânt eu setlo yn ystod y 10 mlynedd nesaf weithiau gall yr achosion hynny gymryd cryn amser a'r achosion hynny sydd yn debygol o gael eu dyfarnu yn 2000-01 ac ar ba lefel. O ganlyniad, codir y taliadau premiwn y mae'r NHS yn eu talu i gronfa risg Cymru ar sail y gyd-ddealltwriaeth honno ynghylch faint y mae cyfanswm cost yn debygol o fod. Un o'r agweddau na allaf eu gorbwysleisio yw na chaiff cyfran sylweddol iawn o'r ffigur mawr ni chofiaf pa un ai a oedd yn awr o £200 miliwn a ddyfynnwyd gennych eu talu byth, am nifer o resymau, er enghraifft oherwydd nad yw'r achos yn parhau, bydd lefelau iawndal yn llawer is neu caiff yr achos ei gollu.

[67] Dafydd Wigley: What was the answer to the question about the figure in our accounts? Is it £15 million?

Mr Gregory: All claims are paid by the health trusts and the Welsh risk pool reimburses them in respect of claims above £30,000. It is open to the Assembly, if it wanted to relieve pressure on the NHS, to pay money directly into the Welsh risk pool, which would have the effect of keeping premiums down. At the moment, we expect the NHS to make a proper calculation of what the cost will be and itself to fund them without direct assistance from the Assembly.

[68] Dafydd Wigley: It is equivalent to 500 nurses.

Mr Gregory: Yes, it is something of that order.

[69] Janet Davies: Did you want to raise something, Peter, or has it been covered?

[70] Peter Black: I will not talk about individual cases but, since becoming an Assembly Member, one of the main areas of concern that has been raised with me in relation to the NHS is

[67] Dafydd Wigley: Beth oedd yr ateb i'r cwestiwn ynglyn â'r ffigur yn ein cyfrifon? Ai £15 miliwn ydyw?

Mr Gregory: Caiff pob cais ei dalu gan yr ymddiriedolaethau iechyd ac mae cronfa risg Cymru yn digolledu eu ceisiadau dros £30,000. Caiff y Cynulliad, pe bai am dynnu pwysau oddi ar yr NHS, dalu'r arian yn uniongyrchol i gronfa risg Cymru a fyddai'n golygu y câi y taliadau premiwm eu rheoli. Ar hyn o bryd, disgwyliwn i'r NHS gyfrifo'n gywir faint fydd y gost a'u hariannu ei hun heb gymorth uniongyrchol gan y Cynulliad.

[68] Dafydd Wigley: Mae'n cyfateb i 500 o nyrsys.

Mr Gregory: Ydyw, mae'n rhywbeth tebyg i hynny.

[69] Janet Davies: A oeddech am godi rhywbeth, Peter, neu a gafodd ei drafod eisoes?

[70] Peter Black: Ni soniaf am achosion unigol ond, ers imi ddod yn Aelod o'r Cynulliad, un o'r prif bryderon y tynnwyd fy sylw ato mewn perthynas â'r NHS yw ceisiadau esgeulustra

clinical negligence claims. I have been struck almost in every incidence by how difficult it is for people to access the appeals procedure, especially for those who cannot afford to go to a solicitor. Have you talked to the health authorities and trusts, the latter in particular, about their attitude towards claims? Do you not feel that an early admission of blame would actually reduce costs? How can the defensive culture that surrounds these claims be overcome?

Mr Gregory: There a number of complex issues tied up in that. I see far too frequently, because I receive them on behalf of the Assembly, individual outcomes to independent panel reviews of complaints made against NHS clinicians. A constant theme and aspect of these complaints, almost without exception, is the quality of communication between clinician and patient, whether that be with a GP, consultant, nurse or even a general manager. It is the quality of the relationship. I think that you are right to say that there is significant issue in the extent to which a response which is less defensive and feels less threatened at the earlier stage can have a

clinigol. Cefais fy synnu yn bron bob un o'r achosion gan ba mor anodd ydyw i bobl gael mynediad i'r weithdrefn apelio, yn enwedig y rhai na allant fforddio mynd i weld cyfreithiwr. A ydych wedi siarad â'r awdurdodau a'r ymddiriedolaethau iechyd, yn enwedig yr olaf, ynglyn â'u hagwedd tuag at geisiadau? Onid ydych o'r farn y byddai cyfaddef bai yn gynnar yn gostwng costau mewn gwirionedd? Sut y gellir goresgyn yr agwedd amddiffynnol hon sydd ynghlwm wrth y ceisiadau hyn?

Mr Gregory: Mae nifer o faterion cymhleth ynghlwm wrth hynny. Yn rhy aml o lawer yr wyf yn gweld, gan fy mod yn eu derbyn ar ran y Cynulliad, ganlyniadau unigol ar ôl arolygon paneli annibynnol o gwynion yn erbyn clinigwyr o'r NHS. Un o'r themâu a'r agweddau mwyaf cyson ar y cwynion hyn yn ddiethriad bron, yw ansawdd y cyfathrebu rhwng y clinigwr a'r claf, waeth a yw'n feddyg teulu, yn feddyg ymgynghorol, yn nyrs neu'n rheolwr cyffediniol hyd yn oed. Ansawdd y berthynas sydd dan sylw. Credaf eich bod yn gywir wrth ddweud ei fod yn fater o bwys i ba raddau y gall ymateb sydd yn llai amddiffynnol ac sydd yn teimlo ei fod o dan lai o

significant effect on the attitude of people making complaints. Those people, because they feel that things are being held back and that they do not understand why it is that something has happened, however unavoidable that might have been, feel impelled to pursue the question in the way that they do. It is not actually out of a desire to get a lot of money but to get a plain and simple answer. I have seen a number of cases recently in which the complainant has repeatedly said ‘I am not interested in compensation’, and has not subsequently pursued the compensation, but has said ‘All I want to know is why did my mother die’, or ‘Why do I now have this disability?’ I strongly believe that there is an issue there.

On the other hand, there is nothing new in that. The NHS and ourselves have been considering for some time measures to improve the training of doctors, nurses and healthcare professionals of all kinds in communication skills, and also to make the complaints review processes more independent and less threatening to those involved. It is a difficult row to

fygythiad yn gynharach gael effaith sylweddol ar agwedd y bobl sydd yn cwyno. Mae'r bobl hynny yn teimlo bod yn rhaid iddynt fynd ar drywydd y cwestiwn yn y modd ag y maent oherwydd eu bod yn teimlo bod pethau yn cael eu celu rhagddynt ac nad ydynt yn deall pam y mae rhywbeth wedi digwydd, waeth pa mor anochel ydoedd. Nid er mwyn cael llawer o arian mewn gwirionedd y gwnânt hynny ond er mwyn cael ateb syml. Yr wyf wedi gweld nifer o achosion yn ddiweddar pan yw'r achwynydd wedi dweud dro ar ôl tro ‘Nid wyf yn pryderu am iawndal’, ac wedyn heb fynd ar drywydd iawndal gan ddweud ‘Y cwbl yr wyf am ei wybod yw pam y bu farw fy mam’ neu ‘Pam y mae gennyf yr anabled hwn bellach?’ Credaf yn gryf fod hynny'n fater o bwys.

Ar y llaw arall, nid rhywbeth newydd ydyw. Ers tro mae'r NHS a ninnau wedi bod yn vstyried mesurau i wella hyfforddiant meddygon, nyrsys a gweithwyr proffesiynol gofal iechyd o ran pob math o sgiliau cyfathrebu, a hefyd sicrhau bod y prosesau arolygu cwynion yn fwy annibynol ac yn llai bygythiol i'r rhai dan sylw. Talcen caled ydyw, a dweud y gwir. Yr ydych

hoe, candidly. You still see, far too frequently, complaints, which had they been dealt with differently at the outset, would never have reached even the independent review, let alone led to a settlement in a court of law. There will always be people who believe, however, that because of the suffering they have endured, they need compensation. That is an individual decision and is often very appropriate. Nonetheless, I believe that the point that you are making is an important one that we still have not cracked and need to work at constantly.

[71] Peter Black: How are you actually working to do that? Are there any instant solutions or long-term solutions?

Mr Gregory: In part I think that it comes down to the training and education processes that I have described. It is also in part down to the whole process of the quality agenda that I described earlier. Many of the measures that are being put in place to promote more effective and higher quality care ought to have the effect of creating a climate in which better care is delivered in the first instance, but also one in which the healthcare

yn dal i weld cwynion, yn rhy aml o lawer, y rhai pe baent wedi cael eu trin mewn ffordd wahanol o'r cychwyn cyntaf, na fyddent wedi cyrraedd yr arolwg annibynnol hyd yn oed heb sôn am setliad mewn llys barn. Bydd pobl o hyd sydd yn teimlo, fodd bynnag bod angen iawndal arnynt oherwydd yr hyn y maent wedi ei ddiodef. Penderfyniad unigolyn ydyw ac un priodol iawn yn aml. Serch hynny, credaf fod eich pwynt yn un pwysig, nad ydym wedi ei ddatrys hyd yn hyn ac mae angen inni weithio arno'n gyson.

[71] Peter Black: Sut ydych yn gweithredu i wneud hynny mewn gwirionedd? A oes unrhyw atebion buan neu atebion hir dymor?

Mr Gregory: Credaf mai'r ateb i raddau yw'r prosesau hyfforddi ac addysgu a ddisgrifiais. Mae'r agenda ansawdd a ddisgrifiais yn gynharach yn chwarae rhan i raddau hefyd. Dylai llawer o'r mesurau sydd yn cael eu sefydlu er hyrwyddo gofal mwy effeithiol o safon uwch arwain at greu hinsawdd o gyflwyno gofal gwell yn y lle cyntaf, ond hinsawdd hefyd lle mae gweithwyr proffesiynol gofal iechyd sydd yn cyflwyno'r gofal hwnnw yn

professionals delivering that care are better able to communicate with patients. Incidentally, I am not suggesting for a moment that the difficulties are all on one side. Clinicians are very frequently faced with exceptionally difficult situations where communication with people who have been traumatised in one way or another is very difficult. I am not ascribing blame, I am merely observing a phenomenon.

[72] Janet Davies: We have explored the whole issue of the rising costs of clinical negligence fairly thoroughly. We will move on to whether there is any progress in tackling national health service fraud. I see that there is no Welsh equivalent of the English fraud investigator. Do you not consider this to be a key priority?

Mr Gregory: Yes, I do. I will not go into the background of this in any great detail, but simply say that, for reasons that I explained earlier in this evidence session, we have not felt able to make the kind of progress with the appointment of a director and the forming of a directorate as they have in

gallu cyfathrebu â'u cleifion yn well. Gyda llaw, nid wyf yn awgrymu am eiliad fod yr anawsterau ar yr un ochr yn unig. Yn aml mae clinigwyr mewn sefyllfaoedd hynod ddyrys lle mae'n anodd iawn cyfathrebu â phobl sydd wedi cael eu trawmateiddio mewn rhyw ffordd neu'i gilydd. Nid wyf yn gosod bai, dim ond arsylwi ar ffenomenon yr wyf.

[72] Janet Davies: Yr ydym wedi ymchwilio i bwnc costau cynyddol esgeulustra clinigol yn gymharol drwyadl. Symudwn ymlaen at holi a oes unrhyw gynnydd wrth fynd i'r afael â thwyll yn y gwasanaeth iechyd gwladol. Gwelaf nad oes ymchwiliwr twyll yng Nghymru sydd yn cyfateb i'r un yn Lloegr. Onid yw hyn yn flaenoriaeth allweddol, yn eich barn chi?

Mr Gregory: Ydyw, yn fy marn i. Ni wnaaf fanlyu ar y cefndir i hyn, ond nodi, am y rhesymau a ddisgrifiwyd gennyf yn gynharach yn y sesiwn dystiolaeth hon, na fuom mewn sefyllfa, yn ein tyb ni, i fynd ati a phenodi cyfarwyddwr a sefydlu cyfarwyddiaeth fel sydd ganddynt yn

England. We are currently in active discussion with Mr Gee, who is the director, to explore whether it is possible for him and his staff to have a remit in Wales on behalf of the Assembly so that we gain the cost-effective benefits of using a larger organisation but also, and, in my judgment, more importantly, so that we are well plugged into its experience of the kind of frauds that occur and best practice in tackling them. I wrote to him some time ago and he and I had discussions about how that might be set up. When it is, I am confident that we will see the kinds of improvements in this area that are beginning to be detected in England.

[73] Lorraine Barrett: Could you expand on the progress that the all-Wales anti-fraud working group is making with development of the fraud strategy?

Mr Gregory: I will not make grand claims for this. As I have said, it has been exceptionally difficult for us to get this under way. It is under way now. We have extended the remit of the working group to include trusts relatively recently and as a consequence, we will be developing a

Lloegr. Yr ydym yn cynnal trafodaethau ar hyn o bryd â Mr Gee, sef y cyfarwyddwr, i ystyried a yw'n bosibl iddo ef a'i staff gael cylch gwaith yng Nghymru ar ran y Cynulliad fel y gallwn fanteisio ar y buddiannau cost-ffeithiol o ddefnyddio sefydliad mwy ond hefyd, ac, yn bwysicach na hynny yn fy marn i, er mwyn inni ymgysfarwyddo â'r mathau o dwyll sydd yn digwydd yn ôl eu profiad a'u harfer gorau wrth fynd i'r afael â hwy. Ysgrifennais ato beth amser yn ôl a chafodd y ddau ohonom drafodaethau ynghylch sut y gellid sefydlu hyn. Pan gaiff ei sefydlu, yr wyf yn hyderus y gwelwn welliannau o'r fath sydd yn dechrau cael eu canfod yn y maes hwn yn Lloegr.

[73] Lorraine Barrett: A allwch fanylu ar y cynnydd y mae gweithgor gwrthdwyll Cymru gyfan yn ei wneud wrth ddatblygu'r strategaeth dwyll?

Mr Gregory: Ni allaf honni ryw lawer am hyn. Fel y dywedais, bu'n hynod anodd inni roi hyn ar waith. Bellach mae wedi ei roi ar waith. Yn gymharol ddiweddar ymestynnwyd cylch gwaith y gweithgor gennym i gynnwys yr ymddiriedolaethau ac o ganlyniad, byddwn yn datblygu ymagwedd lawer

much more comprehensive and strategic approach. However, I would not want to seek to convince you that we have got this absolutely right because we are still in a formative stage.

[74] Lorraine Barrett: I note the hesitancy in your answers in this area. Do you have your own estimate of the level of fraud in Wales? Looking at an exercise in England that was carried out by its fraud investigator, there appears to have been £95 million of fraud in the area of prescriptions alone. It sends a shiver down my back to think of the amount of money that we could be losing within the NHS in Wales. It should be a priority. I accept your hesitancy but, given the amount of money that we could be talking about, I think that we all feel that it should be a priority. Do you have an idea of the levels that we are talking about?

Mr Gregory: I shall attempt an estimate. To be clear, I am not comfortable at all with this situation. I think that we need to do a considerable amount more and I am very hopeful that working with the directorate in England, if it can meet our request,

mwy cynhwysfawr a strategol. Fodd bynnag, nid wyf am eich darbwyllo ein bod wedi llwyddo i gyrraedd y nod am ein bod ar ganol ei llunio o hyd.

[74] Lorraine Barrett: Sylwaf eich bod yn petruso wrth ateb ar y pwnc hwn. A oes gennych eich amcangyfrif eich hun o lefel y twyll yng Nghymru. Gan edrych ar ymarfer a gynhaliwyd gan yr ymchwiliwr twyll yn Lloegr, ymddengys bod twyll o £95 miliwn yn maes rhagnodion yn unig. Mae'n codi braw arnaf wrth feddwl am faint o arian yr ydym yn ei golli o bosibl o fewn yr NHS yng Nghymru. Dylai fod yn flaenoriaeth. Yr wyf yn deall pam yr ydych yn petruso, ond, o goffio faint o arian y gallai fod o dan sylw, credaf fod pob un ohonom yn teimlo y dylai fod yn flaenoriaeth. A oes unrhyw amcan gennych o'r lefelau sydd o dan sylw?

Mr Gregory: Ceisiaf roi amcangyfrif. Er mwyn bod yn glir, nid wyf yn gyfforddus o gwbl ynglyn â'r sefyllfa hon. Credaf fod angen inni wneud llawer mwy ac yr wyf yn obeithiol iawn y bydd gweithio gyda'r gyfarwyddiaeth yn Lloegr, os yw'n gallu cwrdd â'n

will make a considerable difference. I am not at all happy with it. If you take a direct pro rata of the directorate's calculation for England and say that the experience in England was typical of the experience in Wales, you would be talking about £8 million. The Audit Commission has done a study of this and its estimate of prescription evasion in Wales is around £10 million. Candidly, that is what it says it is an estimate. I do not know how much we can rely on it. However, I shall give you some hard information. In 1998-99, the AGW's report year, our fraud register revealed fraud of something like £102,000. In the next year, we expect that to increase to £950,000. While I get no satisfaction from the increase, it suggests that there is a greater interest in this issue and that more attention is being paid to it. However, I am sure that the current levels of fraud being detected and resulting in criminal investigations are only a small fraction of what is actually going on.

[75] Lorraine Barrett: I do not condone this practice but I would like to ask you

cais, yn gwneud cryn wahaniaeth. Nid wyf yn fodlon o gwbl ar hyn. Pe baech yn cyfrif yr hyn y mae'r gyfarwyddiaeth yn ei gyfrifo ar gyfer Lloegr gan ddweud bod y profiad yn Lloegr yn nodweddiadol o'r hyn a geir yng Nghymru, byddech yn sôn am £8 miliwn. Mae'r Comisiwn Archwilio wedi cynnal astudiaeth ar hyn ac mae'n amcangyfrif mai tua £10 miliwn yw cyfanswm efaðu rhagnodion yng Nghymru. A bod yn onest, dyna a ddywed y Comisiwn yw'r swm amcangyfrif. Fodd bynnag, rhoddaf ychydig wybodaeth bendant ichi. Yn 1998-99, sef blwyddyn adrodd Archwilydd Cyffredinol Cymru, datgelodd ein cofrestr dwyll fod tua £102,000 o dwyll. Yn y flwyddyn nesaf, disgwyliwn y bydd hynny'n cynyddu i £950,000. Er nad wyf yn ymfalchïo yn y cynnydd, mae'n awgrymu bod mwy o ddiddordeb yn y mater hwn a bod mwy o sylw yn cael ei roi i'r mater. Fodd bynnag, yr wyf yn siwr bod y lefelau o dwyll sydd yn cael eu canfod ar hyn o bryd ac sydd yn arwain at ymchwiliadau troseddol ond yn gyfran fach iawn o'r hyn sydd yn digwydd mewn gwirionedd.

[75] Lorraine Barrett: Nid wyf yn esgusodi'r arfer hwn ond hoffwn ofyn

what you think about it. Has the anti-fraud working group addressed the issue of data matching between the NHS and possibly the Department of Social Security? What might be the legal or practical difficulties involved in this?

Mr Gregory: Clean bowled, I think, is my response to that. I do not know and I will not pretend that I do. Could I submit a note, Chair, to answer that?

[76] Janet Davies: Yes. That would be helpful.

[77] Lorraine Barrett: There is obviously a lot more to be done here, Chair.

[78] Janet Davies: We are running short of time. We will take a brief look at the issues of asset management and the cost of primary care drugs. First, Mr Gregory, could I ask you about the public private partnerships? There have only been 15 deals so far within the NHS here, most of them for small projects. Could you outline how you see the use of PPPs developing in the future?

am eich barn chi. A yw'r gweithgor gwrthdwyll wedi mynd i'r afael â'r mater o gyfateb data'r NHS i Adran Nawdd Cymdeithasol o bosibl? Beth fyddai'r anawsterau cyfreithiol neu ymarferol ynghlwm wrth wneud hynny?

Mr Gregory: Yr ydych wedi fy nal yw fy ateb i hynny, fe gredaf. Nid wyf yn gwybod ac ni fyddaf yn cymryd arnaf fy mod yn gwybod. A gaf gyflwyno nodyn i ateb hynny, Gadeirydd?

[76] Janet Davies: Cewch. Byddai hynny o gymorth.

[77] Lorraine Barrett: Mae'n amlwg bod llawer mwy i'w wneud yma, Gadeirydd.

[78] Janet Davies: Mae amser yn mynd yn brin. Cymerwn gipolwg ar y materion yn ymwneud â rheoli asedau a chost cyffuriau gofal sylfaenol. Yn gyntaf, Mr Gregory, a gaf eich holi ynglyn â'r partneriaethau preifat a chyhoeddus? Dim ond 15 cytundeb a gafwyd yma yn yr NHS hyd yn hyn, ac mae'r rhan fwyaf ohonynt ar gyfer prosiectau bach. A wnewch amlinellu sut y bydd y defnydd o bartneriaethau preifat a chyhoeddus yn datblygu yn y

dyfodol, yn eich barn chi?

Mr Gregory: Yes, gladly. First, I would not want us to pursue this as an end in itself. I do not believe that is appropriate. It has to be seen within a wider context of the strategy for developing the NHS. PPP would be a legitimate aspect of that strategy, but not necessarily one that suits every circumstance. I believe that there is a place for this in that strategy, just as there is a place for central funding of capital from the Assembly and, candidly, a place for private charitable initiatives on occasion. They have also played a significant part in the way in which the NHS has developed over the years and I would not want to see that fall away either. I believe that it needs to be seen in a strategic context. We need to know what our strategic objectives for the NHS are and we need then to put in place all the measures, including the funding of capital, which are appropriate to the particular circumstances. There will be occasions and the Comptroller and Auditor General's report in figure 13 lists some of the successes when it is appropriate to go down that route. There will be other occasions when it is quite inappropriate because you are not

Mr Gregory: Gwnaf, â phleser. Yn gyntaf, nid wyf am inni fynd ar drywydd hyn fel nod ynddo'i hun. Nid wyf o'r farn bod hynny'n briodol. Mae'n rhaid ei ystyried o fewn cyd-destun ehangach y strategaeth ar gyfer datblygu'r NHS. Byddai partneriaeth breifat a chyhoeddus yn agwedd briodol ar y strategaeth honno, ond nid yw'n addas i bob diben o reidrwydd. Credaf fod lle i hyn yn y strategaeth honno, yn yr un modd ag y mae lle ar gyfer ariannu cyfalaf yn ganolog o'r Cynulliad ac ar gyfer mentrau elusennol preifat ar adegau a dweud y gwir. Maent hefyd wedi chwarae rhan arwyddocaol yn y modd y mae'r NHS wedi datblygu dros y blynyddoedd ac ni hoffwn weld hynny yn dod i ben ychwaith. Credaf fod angen ei ystyried o fewn cyd-destun strategol. Mae angen inni wybod beth yw ein hamcanion strategol ar gyfer yr NHS ac mae angen inni sefydlu'r holl fesurau, gan gynnwys ariannu cyfalaf, sydd yn briodol i'r amgylchiadau penodol. Bydd adegau ac mae adroddiad y Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol yn nodi rhai o'r llwyddiannau yn ffigur 13 pan fydd yn briodol mynd ar y trywydd hwnnw.

going to generate private sector interest or there may be other reasons why you think that central funding is more suitable.

[79] Janet Davies: Can I clarify that you are saying that there will be times when capital expenditure is not met in this way?

Mr Gregory: Our experience is that some projects are attractive to the private sector. You have a list of some of those here. We have plenty of experience that some are not, which is sometimes to do, for instance, with the way in which a development is integrated physically into the NHS. If you want to develop something inside a hospital, often the private sector will see too many legal and physical impediments to doing that and therefore you have to fall back as long as it is a priority for you on the public sector. However, I would want us to ask on each occasion whether the public or the private approach to these initiatives is the right one and then take it forward on the basis of a good assessment of the likely outcome and also what our strategic objectives are

Bydd adegau eraill pan fydd yn amhriodol gan na fyddwch yn ennyn diddordeb y sector preifat neu efallai bod rhesymau eraill pam yr ydych yn teimlo bod ariannu canolog yn fwy addas.

[79] Janet Davies: A gaf gadarnhau eich bod yn dweud y bydd adegau pan na chaiff gwariant cyfalaf ei ddarparu yn y modd hwn?

Mr Gregory: Dengys ein profiad fod rhai prosiectau yn ddeniadol i'r sector preifat. Mae gennych restr o nifer o'r rheiny yma. Mae gennym ddigon o brofiad lle nad ydynt yn denu, sydd, weithiau, yn ymwneud â'r modd y mae datblygiad yn cael ei integreiddio'n gorfforol i'r NHS er enghraifft. Os ydych am ddatblygu rhywbeth o fewn ysbty, yn aml, bydd y sector preifat yn gweld gormod o rwystrau cyfreithiol a ffisegol cyn gwneud hynny ac felly mae'n rhaid ichi ddibynnu cyhyd ag y mae'n flaenoriaeth gennych ar y sector preifat. Fodd bynnag, ar bob achlysur hoffwn inni ofyn ai ymagwedd gyhoeddus ynteu'r ymagwedd breifat i'r mentrau hyn yw'r un gywir ac wedyn mynd rhagddo yn seiliedig ar asesiad da o'r canlyniad tebygol ac hefyd o'n hamcanion

and how much of a priority it is.

[80] Geraint Davies: Before we go on to primary care drugs, I declare an interest as a pharmacist.

[81] Brian Gibbons: We have had some reports on individual private finance initiative cases. However, how long do you think that we would need to make a strategic evaluation of the value for money that PFI represents three years, five years, or do we have to wait 10 years?

Mr Gregory: We have to undertake all PFI projects on the basis of our assessment of their value for money. They cannot proceed unless they show, on paper, that they will produce value for money. That value for money is then expressed in a contractual relationship, which is very tight on both sides and is the subject of considerable negotiation. Some of these projects have long lead times. I think that Baglan has a life of 30 years. So at what point in that time can you realistically make an assessment? I think that what maybe lies behind your point is the extent to which evaluation of a capital programme needs to be

strategol a faint o flaenoriaeth ydyw?

[80] Geraint Davies: Cyn inni symud ymlaen at gyffuriau gofal sylfaenol, yr wyf yn datgan budd fel fferylllydd.

[81] Brian Gibbons: Yr ydym wedi cael rhai adroddiadau ar achosion unigol o fentrau cyllid preifat. Fodd bynnag, faint o amser fyddai ei angen arnom er mwyn gwneud gwerthusiad strategol o'r gwerth am arian y mae menter cyllid preifat yn ei roi tair blynedd, pum mlynedd, neu a oes angen inni aros am 10 mlynedd?

Mr Gregory: Mae'n rhaid inni ymgymryd â phob prosiect menter cyllid preifat yn seiliedig ar ein hasesiad o'u gwerth am arian. Ni allant fynd rhagddynt oni fyddant yn dangos, ar bapur, y byddant yn cynhyrchu gwerth am arian. Yna caiff y gwerth am arian ei fynegi mewn perthynas gytundebol, sydd yn gaeth iawn ar y ddwy ochr ac sydd yn destun i gryn negodi. Mae gan rai o'r prosiectau hyn gyfnodau arwain hir. Credaf fod gan Baglan oes o 30 mlynedd. Felly pryd o fewn y cyfnod hwnnw y gallwch wneud asesiad mewn gwirionedd? Credaf mai'r hyn sydd y tu ôl i'ch pwynt efallai yw i ba raddau y mae angen

built in, whether it is public or private. I would not myself want to make a distinction between the two. I am havoring because I cannot give you a figure. All I can say is that I believe that the current PPP arrangements emphasise, because they have to, the value for money aspect. That can be evaluated over time and I would expect trusts and health authorities with such projects to keep a keen eye on the extent to which they continue to get value for money from the revenue expenditure that they are incurring on these projects.

[82] Brian Gibbons: So what would be a reasonable timescale within which to make that value for money assessment?

Mr Gregory: As I have said, I am not sure that I can give you an answer. I could pluck a figure out of the air, but it would not be very helpful. I do not know, frankly.

[83] Brian Gibbons: The reason why I asked that is because we are

ymgorffori gwerthusiad o raglen gyfalaf, waeth bo'n un gyhoeddus neu'n breifat. Ni hoffwn i fy hunan wahaniaethu rhwng y ddwy. Yr wyf yn petruso gan nad wyf yn gallu rhoi ffigur ichi. Y cwbl y gallaf ei ddweud yw fy mod yn credu bod y trefniadau partneriaeth preifat a chyhoeddus cyfredol yn pwysleisio'r agwedd gwerth am arian, ac mae hynny'n anghenraid arnynt. Gellir gwerthuso hynny dros amser a byddwn yn disgwyl y bydd ymddiriedolaethau ac awdurdodau iechyd a chanddynt brosiectau o'r fath yn arolygu'n fanwl i ba raddau y maent yn parhau i gael gwerth am arian o'r gwariant refeniw y maent yn ei wario ar y prosiectau hyn.

[82] Brian Gibbons: Felly beth fyddai'n amserlen resymol ar gyfer gwneud yr asesiad gwerth am arian hwnnw?

Mr Gregory: Fel y dywedais, nid wyf yn siwr a allaf roi ateb ichi. Gallwn dynnu rhyw ffigur o'r awyr, ond ni fyddai'n ddefnyddiol iawn. Nid wyf yn gwybod, a dweud y gwir.

[83] Brian Gibbons: Y rheswm pam yr oeddwn yn gofyn hynny yw am ein bod

continually telling clinicians to proceed on the basis of the best evidence base, but in this particular area you are almost saying that it is impossible to have an evidence base on which to make a decision.

Mr Gregory: Sorry, I misunderstood your question. There will be performance criteria for each public private partnership project. A trust and health authority and, for some of these projects, the Assembly itself, will incur expenditure against those performance criteria. I would expect those to be under not exactly continual, but very regular, review. As long as we are clear about the service specification, about the performance criteria related to it and about the performance as it unfolds over time, I am absolutely sure that the trusts and health authorities will keep a very close eye on this because if they do not, they cannot assure themselves that they will get the value for money for which they are looking.

yn dweud wrth y clinigwyr byth a beunydd am fynd rhagddi ar sail y dystiolaeth orau, ond yn y maes penodol hwn yr ydych bron â dweud ei bod yn amhosibl cael sail dystiolaeth y gellir ei defnyddio i wneud penderfyniad.

Mr Gregory: Mae'n ddrwg gennyf, camddeallais eich cwestiwn. Bydd meini prawf perfformiad ar gyfer pob prosiect partneriaeth preifat a chyhoeddus. Bydd costau gan ymddiriedolaeth ac awdurdod iechyd ac, ar gyfer rhai o'r prosiectau hyn, y Cynulliad ei hun o ganlyniad i'r meini prawf perfformiad hynny. Ni fyddwn yn disgwyl i'r rhai hynny gael eu harolygu'n barhaus, yn union, ond eu harolygu'n rheolaidd iawn. Cyhyd â'n bod yn sicr ynglyn â manyleb y gwasanaeth, ynglyn â'r meini prawf sydd ynghlwm ag ef ac ynglyn â'r perfformiad wrth iddo ddatblygu gyda threigl amser, yr wyf yn gwbl argyhoeddedig y bydd yr ymddiriedolaethau a'r awdurdodau iechyd yn cadw llygad barcud ar hyn am na allant eu sicrhau eu hunain eu bod yn cael y gwerth am arian y maent yn chwilio amdano oni fyddant yn gwneud hyn.

There is also an issue about the evaluation of the policy as a whole, which is a rather different question, which is what I thought that you were asking. In respect of that, there is an issue for us as an Assembly as to whether, at some stage, it would be appropriate to look at the experience, not just on the health side, and judge whether it is producing the results expected of it. That would be a perfectly natural part of looking at any policy outcome. I would guess that, in that respect, you would be looking for three or five years' experience or something of that order, and then you would want to make judgments about value for money and utility on the basis of that.

[84] Janet Davies: Having looked at the cost of primary care drugs, the report notes that this is rising steeply. What measures are available to control these costs?

Mr Gregory: You will know, Chair, because the Comptroller and Auditor General's report makes reference to it, that the per capita cost of drugs in Wales is higher and levels of prescribing higher than in England. Unit costs are actually lower than in

Cyfyd mater hefyd ynglyn â gwerthuso'r polisi yn ei gyfanrwydd, sydd yn gwestiwn eithaf gwahanol, a thybiais mai'r cwestiwn hwnnw yr oeddech yn ei ofyn. O ran hynny, cyfyd mater inni fel Cynulliad pa un ai a fyddai'n briodol ystyried y profiad, ar ryw adeg, nid yn unig ar yr ochr iechyd, a barnu a yw'n cynhyrchu'r canlyniadau disgwylidig. Byddai hynny'n rhan gwbl naturiol o ystyried unrhyw ganlyniad polisi. Tybiwn, yn hynny o beth, y byddech yn ystyried profiad o dair neu bum mlynedd neu ei gyffelyb, ac yna byddech am ddod i gasgliadau ynglyn a gwerth am arian a defnyddioldeb ar sail hynny.

[84] Janet Davies: Wedi ystyried cost cyffuriau gofal sylfaenol, mae'r adroddiad yn nodi bod hyn yn cynyddu'n gyflym. Pa fesurau sydd ar gael i reoli'r costau hyn?

Mr Gregory: Byddwch yn gwybod, Gadeirydd, gan fod adroddiad y Rheolwr ac Archwilydd Cyffredinol yn cyfeirio ato, fod cost cyffuriau y pen yng Nghymru yn uwch a'r lefelau rhagnodi yn uwch nag yn Lloegr. Mae costau uned yn is nag yn Lloegr mewn

England, but that is only because the number of prescriptions is very significantly higher. Self-evidently, we have a difficulty, and one that represents, if we are talking about ineffective prescribing and I am not entirely sure that we are a very serious overhead for the NHS. Mr Wigley mentioned how much clinical negligence might be costing us in nurse employment. In my judgment, that is nothing compared to the cost of the extent to which, by comparison with England, for instance, we are overprescribing, if I can put it that way.

As far as tackling this issue is concerned, we have been trying to do that for several years. We have had a degree of success in reducing the rates at which prescribing costs increase. The Audit Commission, as a consequence of a study in England, has also set out a whole raft of measures for improving prescribing. We are following that prescription and we would expect to achieve a significant cost saving. In addition, we have set up a prescribing task and finish group which is, I think, mentioned in the report which will report in the summer and will look at a whole range of issues

gwirionedd, ond dim ond oherwydd bod nifer y rhagnodion lawer iawn yn uwch. Yn amlwg, mae anhawster gennym, ac un sydd yn golygu, os ydym yn sôn am ragnodi aneffeithiol ac nid wyf yn gwbl sicr ein bod gorben difrifol iawn ar gyfer yr NHS. Soniodd Mr Wigley am faint fyddai cost bosibl esgeulustra clinigol inni o ran cyflogi nyrsys. Yn fy marn i, nid yw hynny'n cymharu o gwbl â chost y graddau yr ydym, o gymharu â Lloegr, er enghraifft, yn gor-ragnodi, os caf ei fynegi felly.

Cyhyd ag mae mynd i'r afael â'r mater hwn yn y fantol, yr ydym wedi bod yn ceisio gwneud hynny ers nifer o flynyddoedd. Yr ydym wedi cael rhywfaint o lwyddiant wrth ostwng pa mor gyflym y mae'r costau rhagnodi yn cynyddu. Mae'r Comisiwn Archwilio, o ganlyniad i astudiaeth yn Lloegr, wedi amlinellu cyfres gyfan o fesurau ar gyfer gwella rhagnodi. Yr ydym yn dilyn yr argymhelliad hwnnw ac yr ydym yn disgwyl sicrhau arbediad cost sylweddol. Yn ogystal, yr ydym wedi sefydlu grwp cyflawni a chwblhau rhagnodi y sonnir amdano, fe gredaf, yn yr adroddiad a fydd, yr

in this respect. I confidently expect that that will produce a strategy for dealing with this issue over the next three to four years.

[85] Dafydd Wigley: Pe baem, fel Cynulliad Cendlaethol Cymru, eisiau tynhau ar y gost cyffuriau hon drwy symud at ddefnyddio mwy o gyffuriau generig, a ydym yn hapus bod gennym y pwerau i wneud hynny? Hynny yw, wrth i chi edrych i mewn i'r posibiladau o arbed arian, a ydych hefyd yn edrych ar geisio sicrhau pwerau i ni wneud hynny?

Mr Gregory: I think that it is arguable that we have taken the prescribing of generic drugs in terms of the proportion of total prescribing I would defer to Brian Gibbons and Geraint Davies on this about as far as we are going to. Performance in Wales is very comparable to England and is flattening out. In the process, we are getting into difficulties about the availability of generic drugs. As you know, that has caused us a significant problem over the last year. I am not saying that we should not pursue this;

wyf yn credu, yn cyflwyno adroddiad yn ystod yr haf ac a fydd yn ystyried ystod lawn o faterion yn ymwneud â hyn. Yr wyf yn ffyddiog y bydd yn llunio strategaeth ar gyfer ymdrin â'r mater hwn dros y tair neu'r pedair blynedd nesaf.

[85] Dafydd Wigley: If we, as the National Assembly of Wales, wanted to reduce this drugs cost by moving towards using more generic drugs, are we happy that we have the powers to do that? That is, as you look into the possibilities of saving money, are you also looking at ensuring that we have the powers to do that?

Mr Gregory: Credaf y gellir dadlau ein bod wedi mynd cyn belled ag y byddwn yn mynd o ran rhagnodi cyffuriau generig fel cyfran o gyfanswm yr hyn a ragnodir byddwn yn ildio i farn Brian Gibbons a Geraint Davies ar hyn. Mae perfformiad yng Nghymru yn debyg iawn i Loegr ac mae'n gwastadu. Yn y broses, yr ydym yn mynd i anawsterau ynglyn ag argaeledd cyffuriau generig. Fel y gwyddoch, achosodd hynny gryn broblem inni dros y flwyddyn ddiwethaf. Nid wyf yn dweud na ddylem fynd ar drywydd hyn; mae

we need to pursue every avenue. However, I think that we need to look at issues around joint formula redevelopments, prescribing incentive schemes and the incidence of repeat prescribing. All of these are avenues that need to be pursued. While generic drugs have played an important part in containing the rising costs, I am not absolutely sure that they will provide a basis for doing so to any significant extent in the future. I may be wrong about that, but that would be my judgment.

[86] Janet Davies: We have now come to the end of the session. I thank the witnesses for their very full and helpful answers.

angen inni chwilio pob ffordd. Fodd bynnag, credaf fod angen inni ystyried materion sydd yn ymwneud ag ailddatblygu fformwlâu ar y cyd, cynlluniau cymell rhagnodi a mynychder ailragnodi. Mae angen mynd ar drywydd pob un o'r agweddau hyn. Er bod cyffuriau generig wedi chwarae rhan bwysig wrth gyfyngu ar gostau cynyddol, nid wyf yn gwbl sicr y gallant barhau i wneud hynny i raddau helaeth yn y dyfodol. Efallai y caf fy mhrofi'n anghywir ynglyn â hynny, ond dyna fyddai fy marn i.

[86] Janet Davies: Yr ydym bellach wedi dod i ddiwedd y sesiwn. Diolchaf i'r tystion am eu hatebion llawn a defnyddiol iawn.

Daeth y sesiwn cymryd tystiolaeth i ben am 12.00 p.m.

The evidence-taking session ended at 12.00 p.m.

Information from the Assembly's Director of NHS, Wales on the issue of data matching between the NHS and the Department of Social Security

Audit Committee – 6 April 2000

Action point arising from the Director, NHS Wales' evidence session

Mr Gregory offered to write to the Audit Committee in response to Lorraine Barrett, AM's question about whether the All-Wales Anti-Fraud Working Group had addressed the issue of data-matching between the NHS and, for example, the Department of Social Security's databases. She also wondered about the practical difficulties which might be involved.

The Anti Fraud Working Group has not addressed this issue to date. It is, however, a major aspect of the work that the Assembly expects the new counter fraud operational service (CFOS) to undertake. A new link is to be established between Wales and England to counter fraud in the NHS, with Wales becoming a partner in the counter fraud service already in place in England. The joint working with CFOS will provide a comprehensive service extending to both the primary and secondary sectors. Arrangements will be made to ensure proper reporting arrangements to the NHS in Wales and to the National Assembly.

This counter fraud service has existed in England since April 1999, and has already agreed the necessary protocols in place with the Department of Social Security (DSS). It is also in discussion with the Inland Revenue about similar arrangements over Working Families Tax Credit eligibility.

Such checks could only be undertaken cost effectively by electronic means. It is intended that checks with DSS over eligibility for free prescriptions will be implemented, following the introduction of new electronic scanning of prescriptions, at Bro Taf Health Authority, who have responsibility for calculations of payments to pharmacists and checking all prescriptions in Wales.

The Assembly will be seeking to commence the necessary legislation to give effect to the penalty charge, in part in conjunction with the Department of Health, in readiness for this. For falsely claiming a free prescription the Health Act 1999 sets the penalty charge as the outstanding charge on the prescription form plus a penalty charge of five times the prescription charges due, with a maximum of £100. The penalty can be increased by 50 per cent if it is not paid within 28 days and there is the risk of additional costs if court action has to be taken to recover the charge.

Other penalty charges, calculated in a similar way, exist in respect of falsely claiming exemption from dental charges or falsely claiming benefit in respect of optical services. Once the legislation has been commenced for Wales it would be open to the National Assembly to set a different level of penalty charge from the other home countries, although there would be advantages in maintaining consistency across the NHS and the UK. This matter can be

considered once the secondary legislation giving effect to the penalty charges has been brought forward.

There is some concern that electronic checks of DSS or Inland Revenue may contravene the Data Protection Act unless the prescription or other form in which exemptions are claimed specifically makes clear that these checks may take place. This matter is being considered by the Department of Health and may require a redesign of the reverse of the relevant forms. A suggested solution is for all such forms to carry an authorisation from patients for such checks to be undertaken.

Annex C

Letters to the Committee from Sir John Bourn, Auditor General for Wales, on clinical negligence

Mrs Janet Davies
Chair
Audit Committee
National Assembly for Wales
Cardiff Bay
CARDIFF CF99 1NA

17 May 2000

CLINICAL NEGLIGENCE WITHIN THE NATIONAL HEALTH SERVICE

At the Audit Committee meeting on 6 April 2000 to consider the C&AG's Report on the 1998-99 NHS (Wales) Summarised Accounts, Geraint Davies (Q60) questioned the performance of the legal services employed by the NHS in Wales (the 'Welsh Health Legal Services'), and how these compared with the private sector lawyers employed by the NHS Litigation Authority in England.

As the Committee will be aware from my forward work programme, I plan to undertake a value for money investigation of clinical negligence in Wales. My intention is to examine the work of the Welsh Health Legal Services as part of this study and I will look to see if useful comparisons can be drawn to assess its performance.

I also undertook, in discussion with you outside that meeting, to provide the Committee with further information on the comparative anticipated future costs of clinical negligence across Wales, England, Scotland and Northern Ireland. These are given in the following table, and are based on a broad estimate of future settlements broken down between 'Provisions' for clinical negligence, being probable

payments, and ‘Contingent Liabilities’, which are only possible payments.

As you will see, the amounts for Scotland and Northern Ireland are so out of line with those for Wales and for England that there must be some special explanation – for example, there may be some difference in the accounting treatment of these transactions.

I will pursue this with the authorities in Scotland and Northern Ireland, and let you know the results.

| Financial Year 1998-99 | Provisions £000 | Contingent liabilities £000 | Total clinical negligence £000 | Total NHS expenditure on NHS £000 | Clinical negligence as a % of total expenditure |
|-------------------------------|----------------------------|--|---|--|--|
| Wales | 98,392 | 115,992 | 214,384 | 2,283,000 | 9.4% |
| England | 2,342,048 | 1,502,596* | 3,844,644* | 36,612,000 | 10.5% |
| Scotland | 24,760 | 34,924 | 59,684 | 4,977,493 | 1.2% |
| Northern Ireland | Nil | 69,817 | 69,817 | 1,725,134 | 4.0% |
| TOTAL | 2,465,200 | 1,723,329 | 4,188,529 | 45,597,627 | 9.19% |

*Note: the * figures include net contingent liabilities in respect of NHS trusts in England.*

I hope that this information is of assistance to the Committee.

JOHN BOURN

THE AUDIT COMMITTEE

The National Assembly's Audit Committee ensures that proper and thorough scrutiny is given to the Assembly's expenditure. In broad terms, its role is to examine the reports on the accounts of the Assembly and other public bodies prepared by the Auditor General for Wales; and to consider reports by the Auditor General for Wales on examinations into the economy, efficiency and effectiveness with which the Assembly has used its resources in discharging its functions. The responsibilities of the Audit Committee are set out in detail in Standing Order 12.

2.2 The membership of the Committee as appointed on 05 April 2000 is:

Chair: Janet Davies (Plaid Cymru)
Lorraine Barrett (Labour)
Brian Gibbons (Labour)
Jane Davidson (Labour)
Alison Halford (Labour)
Dafydd Wigley (Plaid Cymru)
Geraint Davies (Plaid Cymru)
Alan Cairns (Conservative)
Peter Black (Liberal Democrat)

NB: Christine Chapman and Alun Pugh were members of the Committee from 23 June 1999 to 5 April 2000.

Further information about the Committee can be obtained from:

Andrew George
Clerk to the Audit Committee
National Assembly for Wales
Cardiff Bay
CF99 1NA
Tel: (029) 20 898155
Email: Audit.comm@wales.gsi.gov.uk

CYNULLIAD CENEDLAETHOL CYMRU: Y PWYLLGOR

ARCHWILIO

**ADRODDIAD 00-04 – Cyflwynwyd i'r Cynulliad Cenedlaethol ar 13 Gorffennaf
yn unol ag adran 102(1) o Ddeddf Llywodraeth Cymru 1998**

Adroddiad ar Gyfrifon Cryno NHS (Cymru), 1998-99

| <u>CYNNWYS</u> | Paragraff |
|---|-----------|
| Cyflwyniad | 1 |
| Iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw | 8 |
| Iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru | 16 |
| Esgeulustod clinigol | 26 |
| Twyll | 31 |
| Cost cyffuriau gofal sylfaenol | 34 |
| Crynodeb o'r Argymhellion | 37 |
| Casgliadau Cyffredinol | 38 |

ATODIADAU

Atodiad A : Trafodion perthnasol y Pwyllgor – Cofnodion Tystiolaeth (Dydd Iau 6^{ed} Ebrill 2000)

Atodiad B : Gwybodaeth gan Gyfarwyddwr NHS - Cymru y Cynulliad ar bwnc cyfatebu data rhwng yr NHS a'r Adran Nawdd Cymdeithasol

Atodiad C : Llythyrau i'r Pwyllgor oddi wrth Syr John Bourn, Archwiliwr Cyffredinol Cymru ar esgeulustod clinigol

Atodiad D: Y Pwyllgor Archwilio

Cyflwyniad

1. Gwariodd y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (NHS) yng Nghymru tua £2.4 biliwn yn 1998-99. Yn ystod y flwyddyn honno, gweithredai drwy 5 awdurdod iechyd a 26 ymddiriedolaeth NHS. Ar 1 Ebrill 1999, cafodd y 26 ymddiriedolaeth NHS eu had-drefnu'n 16, ac ar 1 Ebrill 2000 yn 15 ymddiriedolaeth NHS. Erbyn hyn Cyfarwyddiaeth yr NHS o fewn Cynulliad Cenedlaethol Cymru sydd â'r cyfrifoldeb dros y gwasanaeth iechyd yng Nghymru drwyddo draw
2. Cyllidir yr NHS yng Nghymru yn bennaf drwy daliadau i bum awdurdod iechyd Cymru, a gwnaethant hwythau yn eu tro daliadau i ymddiriedolaethau NHS o dan gytundebau am wasanaethau ysbyty a gwasanaethau eraill (£1,485 miliwn). Ar gyfer gwasanaethau gofal iechyd sylfaenol, gwnaeth yr awdurdodau iechyd daliadau i Feddygon Teulu sydd â'u cyllideb eu hunain ac ar ran Meddygon Teulu sydd heb eu cyllideb eu hunain (£747 miliwn) a hefyd daliadau i Ddeintyddion (£61 miliwn) ac Optegwyr (£18 miliwn).
3. Cwblheir Cyfrifon Cryno yr NHS yng Nghymru drwy gyfansymio cyfrifon y cyrff NHS sy'n rhan o'r gwasanaeth, a dyma'r peirianwaith a ddefnyddir i adrodd ar ganlyniadau'r NHS yng Nghymru drwyddynt draw. Rhydd Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol ar gyfrifon 1998-99 y wybodaeth ddiweddaraf am iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru a'r prif faterion sy'n effeithio ar y sefyllfa honno ³⁸.
4. Cyflwynwyd Cyfrifon 1998-99 ac Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol gerbron y Senedd gan eu bod yn ymdrin â'r flwyddyn ariannol cyn sefydlu Cynulliad Cenedlaethol Cymru. Cytunodd Cadeirydd Pwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus Tŷ'r Cyffredin y câi Pwyllgor Archwilio'r Cynulliad gymryd tystiolaeth ar y mater hwn. Rydym yn ddiolchgar i'r Pwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus am y cyfle cynnar hwn i edrych ar y maes gwariant pwysig hwn yng Nghymru.
5. O 1999-2000 ymlaen, mae'r cyfrifoldeb am archwilio Cyfrifon Cryno NHS (Cymru) yn trosglwyddo i Archwiliwr Cyffredinol Cymru. Caiff cyfrifon y flwyddyn ac Adroddiad yr Archwiliwr Cyffredinol arnynt eu cyflwyno i'r Cynulliad.
6. Cymerwyd tystiolaeth oddi wrth Mr Peter Gregory, Cyfarwyddwr Cyfarwyddiaeth NHS y Cynulliad a Swyddog Cyfrifo Cyfrifon Cryno NHS (Cymru). Yn bresennol gydag ef yr oedd Mrs Sarah Beaver, pennaeth Is-adran Cyllid NHS y Cynulliad. Ceir trawsgrifiad o'r dystiolaeth hon yn **Atodiad A**. Derbyniwyd tystiolaeth ysgrifenedig hefyd gan Mr Gregory (**Atodiad B**), a chan Syr John Bourn, Archwiliwr Cyffredinol Cymru (**Atodiad C**). Hoffem ddiolch i Mr Gregory am y ffordd gadarnhaol ac adeiladol yr ymatebodd i gwestiynau'r Pwyllgor.

³⁸ Cyfrifon Cryno NHS (Cymru) 1998-99 (HC 301 o 1999-2000), a gyflwynwyd ar 13 Mawrth 2000

7. Yn yr adroddiad hwn, rydym yn edrych ar y Gwasanaeth Iechyd yng Nghymru o dan bump prif bennawd:
 - Iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw;
 - Iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru;
 - Esgeulustod clinigol;
 - Twyll; a
 - Chost cyffuriau gofal sylfaenol.

Iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw

8. Yn 1998-99, cofnododd yr NHS yng Nghymru ddiffyg ariannol o £21.8 miliwn i gyd³⁹. Cynyddodd hyn y diffyg cronedig llawn o £32.1 miliwn i £53.9 miliwn ar 31 Mawrth 1999. Am 1999-2000, roedd dau o'r pum awdurdod iechyd a 10 o'r 16 ymddiriedolaeth NHS a oedd yn gweithredu yn y flwyddyn honno yn darogan diffygion ariannol pellach⁴⁰. Gyda'i gilydd, roedd y diffygion net a gâi eu darogan am 1999-2000 yn £20 miliwn, a fyddai'n cynyddu diffyg cronedig yr NHS yng Nghymru i tua £73.9 miliwn ar 31 Mawrth 2000⁴¹. Dywedodd Mr Gregory wrthym nad oedd y sefyllfa hon o ddiffyg ariannol a phroblemau ariannol yr NHS yn gyffredinol yn unigryw i Gymru, ond eu bod yn gyffredin i systemau gofal iechyd mewn mannau eraill yn y byd datblygedig⁴².
9. Fodd bynnag, mae ffactorau eraill hefyd wedi dylanwadu ar y sefyllfa hon. Yn gynnar yn 1999, comisiynodd Ysgrifennydd Gwladol Cymru ar y pryd adroddiad cloriannu ar iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru. Deuai'r Adroddiad Cloriannu, a ryddhawyd ym Mehefin 1999, i'r casgliad nad oedd yna un eglurhad i'r problemau ariannol sy'n bodoli o fewn yr NHS yng Nghymru⁴³.
10. Yn ychwanegol at berfformiad lleol yr awdurdodau iechyd a'r ymddiriedolaethau NHS, awgrymodd y Swyddog Cyfrifo wrthym fod y ffactorau isod yn cyfrannu ar lefel genedlaethol at y problemau ariannol yng Nghymru:
 - Cafodd yr amgylchedd ariannol ei dynhau yn ystod y 1990au canol i hwyr, a chafwyd gofyniad hefyd ar i'r NHS gyflawni targedau arbedion effeithlonrwydd a fyddai'n rhyddhau arian ond a oedd, yn ymarferol, yn anodd i'w gwireddu⁴⁴;

³⁹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 4.6

⁴⁰ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraffau 4.19 a 4.20

⁴¹ C18

⁴² C2

⁴³ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraffau 4.31 i 4.33

⁴⁴ C3

- Arweiniodd pwysau o safbwynt adnoddau ac effeithlonrwydd o fewn Adran Iechyd y Swyddfa Gymreig at leihau'r adran honno, gan gynnwys crebachu ei rôl monitro, a gwneud perfformiad ei rôl rheoli strategol yn llai effeithiol. Aeth y berthynas rhwng y Swyddfa Gymreig a'r cyrff NHS yn anoddach o'r herwydd ⁴⁵. Argymhellai'r Adroddiad Cloriannu y dylid cryfhau Cyfarwyddiaeth NHS y Cynulliad fel y gellid ymdrin mewn ffordd integredig â monitro perfformiad ariannol, gwerth am arian a gwireddu amcanion yr NHS yng Nghymru. Dywedodd Mr Gregory wrthym fod arolwg diweddar wedi arwain at gynydd yn yr adnoddau staff, a bod y broblem hon wedi'i lliniaru bellach ⁴⁶;
- Bu marchnad fewnol yr NHS, a seiliwyd ar gystadleuaeth a gwahanu swyddogaethau'r prynwr/darparwr, o fudd o ran crisialu cyfrifoldeb gweithredol ar y lefel leol. Fodd bynnag, roedd hefyd wedi creu anawsterau yn y berthynas waith rhwng awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS, a dywedodd Mr Gregory wrthym ei fod o'r farn bod dileu cystadleuaeth o'r NHS yn cyfrannu at welliant sylweddol yn hyn o beth ⁴⁷;
- Cyflwynwyd y rhaglen i ad-drefnu'r ymddiriedolaethau NHS er mwyn sicrhau darpariaeth gofal fwy effeithlon i gleifion. Disgwyliai Mr Gregory i hyn arwain at arbedion sylweddol, ond dywedodd wrthym y byddai'n golygu cost o oddeutu £4 miliwn i'r NHS yng Nghymru i ddechrau, gan gyfrannu yn y tymor byr at y diffyg ariannol. Mae Cyfarwyddiaeth yr NHS yn disgwyl i'r ad-drefnu olygu arbedion o £4 miliwn yn 2000-01, gan godi ar ôl tair blynedd i arbediad blynyddol rheolaidd o £6 miliwn ⁴⁸.

11. Un peirianwaith allweddol ar gyfer monitro perfformiad ariannol ymddiriedolaethau'r NHS yng Nghymru yw'r tri amcan ariannol a bennwyd ar gyfer pob ymddiriedolaeth NHS gan Gyfarwyddiaeth NHS y Cynulliad (Adran Iechyd y Swyddfa Gymreig gynt). Yr amcanion yw:

- Adennill eu costau dros y cyfnod tair-blynedd 1997-98 i 1999-2000;
- Cyflawni 'Cyfradd Cydnabod Costau Cyfalaf' (hynny yw, i dalu cost amcanol cyllido ei asedau cyfalaf ar ôl caniatáu ar gyfer dibrisiant) o chwech y cant yn union yn flynyddol; ac
- Aros o fewn y Terfyn Cyllido Allanol penodedig ⁴⁹.

⁴⁵ C7 ac 8

⁴⁶ C8

⁴⁷ C4

⁴⁸ C15

⁴⁹ Rhagair i Gyfrifon Cryno'r NHS ar gyfer Cymru, 1998-99, paragraffau 20-23

12. Am 1998-99, adroddodd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol bod 25 o'r 26 ymddiriedolaeth NHS wedi methu cyflawni un neu fwy o'u tri amcan ariannol allweddol, gan gynnwys pedwar oedd wedi methu ar y tri amcan. Methodd pedair ymddiriedolaeth ar ddeg y targed adennill costau interim a methodd 21 gyflawni'r Gyfradd Cydnabod Costau Cyfalaf o 6 y cant yn union. Aeth pedair ymddiriedolaeth y tu hwnt i'w Terfyn Cyllido Allanol, er i Mr Gregory ddweud wrthym mai dim ond methu o'r braidd wnaeth tair o'r rhain.⁵⁰ Eglurodd Mr Gregory wrthym fod y methiannau hyn i gyd yn deillio o'r anawsterau a wynebir gan ymddiriedolaethau NHS wrth weithredu oddi mewn i'w hamgylchedd ariannol.⁵¹
13. Dyletswydd ariannol arall ar bob corff NHS yw'r gofyniad i setlo'u holl filiau o fewn 30 diwrnod iddynt dderbyn anfoneb ddilys, yn unol â Chod Ymarfer Talu Cyflenwyr Cyd-ffederasiwn Diwydiant Prydain. Mae perfformiad yr awdurdodau iechyd gyda'i gilydd yn erbyn y targed hwn yn dal yn wael, gyda dim ond 85 y cant o anfonebau'n cael eu talu o fewn y cyfnod 30-diwrnod, er bod y rhain yn cynrychioli tua 97 y cant o'r anfonebau yn ôl gwerth. O'r ymddiriedolaethau NHS, gwelodd 16 eu perfformiad yn ystod 1998-99, ond mewn naw ymddiriedolaeth gwaethygodd y lefelau talu'n brydlon – ac ni thalodd un ymddiriedolaeth (Ymddiriedolaeth NHS Glan Hafren) ond 26 y cant o'i biliau o fewn 30 diwrnod⁵².
14. Hysbysodd y Swyddog Cyfrifo ni fod y Cynulliad wedi monitro'r perfformiad mewn awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS o ran talu cyflenwyr ar sail fisol, gan chwilio am welliannau yn y sefyllfa honno. Dywedodd wrthym nad oedd yn fodlon â'r lefelau perfformiad cyfredol, a'i fod yn bwriadu cynnwys yn y llythyr blynyddol am y dyraniad cyllido a anfonir at bob corff NHS ofyniad ar iddynt wneud gwelliannau⁵³.
15. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ynglŷn ag iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw fel a ganlyn:
- (i) Nodwn fod y problemau ariannol sy'n wynebu'r NHS yng Nghymru yn gyffredin i systemau gofal iechyd mewn mannau eraill yn y byd datblygedig; a hefyd mai nid problemau diweddar mo'r rhain, gyda diffygion ariannol yn cael eu hadrodd ers y 1980au. Mewn sefyllfa o gyllid cyfyngedig, bydd darparu gofal iechyd bob amser yn golygu cydbwysu'r angen yn erbyn y gost yn ofalus;
 - (vii) Rydym yn bryderus ynglŷn ag anallu'r Swyddfa Gymreig gynt i fonitro'r NHS yng Nghymru yn ddigonol fel yr oedd y problemau hynny'n datblygu, a hefyd ynglŷn â'r dirywiad a fu yn y berthynas rhwng y

⁵⁰ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 4.15 ac C23

⁵¹ C23

⁵² Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraffau 4.23 i 4.30

⁵³ C28

Swyddfa Gymreig a gwahanol rannau o'r NHS. Rydym yn falch o glywed am welliannau diweddar yn y maes hwn, a bod y broblem hon yn cael ei datrys bellach. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithio'n agosach gyda chyrrff iechyd ar draws Cymru, gan roi rheolaeth strategol ac arweiniad gwirioneddol i'r gwasanaeth;

- (viii) Ystyriwn fod perfformiad gwael yr ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru yn erbyn eu tri amcan ariannol yn annerbyniol, er y cydnabyddwn mai canlyniad uniongyrchol eu hamgylchedd ariannol oedd hyn. Edrychwn tuag at Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithredu i sicrhau bod ymddiriedolaethau NHS yn gallu cyflawni'r arbedion y proffwydwyd y byddent ar gael yn sgîl ad-drefnu'r ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru, a nodwn ein bwriad i fwrw golwg manwl ar lwyddiant y rhaglen hon maes o law; ac
- (ix) Anogwn fod proses lymach i'w sefydlu i amcangyfrif y costau a'r arbedion y gellid eu cyflawni drwy ad-drefnu strwythurol yn yr NHS; ac
- (x) Rydym yn bryderus iawn ynglŷn â'r perfformiad a gyflawnwyd gan awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru yn erbyn y targed talu'n brydlon. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithredu'n briodol i sicrhau bod pob corff NHS yn cydymffurfio â Chod Ymarfer Cyd-ffederasiwn Diwydiant Prydain ar Dalu Cyflenwyr, gan weithredu yn unol â pholisi'r Llywodraeth yn y cyswllt hwn.

Iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru

- 16. Yn Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol ceid dadansoddiad o'r diffyg ariannol a ddaeth i ran cyrrff NHS yng Nghymru yn 1998-99 rhwng ardal y pum awdurdod iechyd, a dangosai amrywiad eang mewn perfformiad ariannol⁵⁴. Cyflwynodd y Swyddog Cyfrifol sawl ffactor ger ein bron, ar lefel ardal yr awdurdodau iechyd a hefyd ymysg cyrrff NHS unigol, y credai ef sydd wedi cyfrannu at yr amrywiad hwn.
- 17. Ar lefel ardal yr awdurdodau iechyd, awgrymai fod y ffactorau a ddylanwadai ar berfformiad yn cynnwys y fformiwla dyrannu adnoddau, cyfran y practisiau meddygon teulu sy'n dal cronfa, ac i ba raddau yr oedd pob ardal yn ddibynnol ar wasanaethau a gaffaelid yn allanol. O fewn yr ymddiriedolaethau NHS, roedd ffactorau megis lefel y gystadleuaeth am y gwasanaethau penodol a gynigid a'r cyllid sy'n ofynnol i gynnal swyddogaethau mwy arbenigol rhai ymddiriedolaethau NHS yn cyfrannu'n sylweddol at eu perfformiad ariannol. Awgrymodd Mr Gregory hefyd wrthym y gallai ystod o ffactorau personél effeithio hefyd ar berfformiad ardal pob awdurdod iechyd. Mae natur y berthynas waith rhwng yr awdurdod iechyd a'i ymddiriedolaethau NHS lleol, profiadau gwahanol uwch swyddogion ac aelodau'r Bwrdd, ac amrywiadau yn lefel eu hymrwymiad i reolaeth ariannol i gyd yn cyfrannu at y gwahaniaethau mewn

⁵⁴ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 4.6 a Ffigwr 2

perfformiad ariannol yr adroddwyd amdanynt yn ardaloedd y pum awdurdod iechyd ⁵⁵.

18. Holodd y Pwyllgor Mr Gregory ymhellach yn fanwl am berfformiad ariannol ardal pob un o'r pum awdurdod iechyd: Dyfed Powys, Bro Taf, Gwent, Iechyd Morgannwg a Gogledd Cymru.

Ardal awdurdod iechyd Dyfed Powys

19. Adroddodd ardal awdurdod iechyd Dyfed Powys fod ganddi ddiffyg net o tua £11.5 miliwn yn 1998-99, a gynrychiolai dros hanner diffyg Cymru-gyfan. Roedd y Swyddfa Gymreig gynt wedi darparu cyfanswm o £12.5 miliwn mewn arian brocera (cyllid tymor byr mewn ymateb i anawsterau llif-arian) i Awdurdod Iechyd Dyfed Powys ⁵⁶. Wrth ddisgrifio rôl Cyfarwyddiaeth yr NHS yn cefnogi adferiad ariannol Awdurdod Iechyd Dyfed Powys, eglurodd Mr Gregory fod ei benderfyniad i drosglwyddo'r cyllid ychwanegol hwn a oedd yn daladwy i'r ymddiriedolaethau NHS lleol drwy'r Awdurdod Iechyd yn golygu bod yr ymddiriedolaethau NHS yn ddibynnol yn nhermau cyllid ar un tâl-feistr. O ganlyniad, roedd yr ymddiriedolaethau NHS hynny yn parhau i adrodd am sefyllfa ariannol fwy ffafriol, tra bo'r Awdurdod Iechyd yn adrodd am ddiffyg cronodig a oedd yn cynyddu ⁵⁷.
20. Wrth grynhoi'r broses adfer ar gyfer ardal Dyfed Powys, dywedodd y Swyddog Cyfrifo y cytunwyd ar Gynllun Adfer rhwng yr Awdurdod Iechyd, Cyfarwyddiaeth yr NHS a phob un o'r Ymddiriedolaethau NHS hyn: Gofal Iechyd Powys, Ceredigion a Chanolbarth Cymru a Sir Benfro a Derwen. Mewn perthynas â'r bedwaredd ymddiriedolaeth, Ymddiriedolaeth NHS Sir Gaerfyrddin, mynegodd Mr Gregory ei amheuon ynglŷn â'r sefyllfa ariannol yr oedd yn ei darogan, a dywedodd wrthym nad oedd yn hyderus fod strategaeth adfer briodol wedi'i dyfeisio eto ⁵⁸.

Ardal awdurdod Iechyd Bro Taf

21. Yn ei Adroddiad, dywedodd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol mai'r darogan oedd y byddai sefyllfa ariannol Awdurdod Iechyd Bro Taf yn dirywio'n ddrwg, gyda diffyg o £6.1 miliwn wedi'i ddarogan am 1999-2000 a diffyg sylweddol pellach yn cael ei ddisgwyl yn 2000-01 ⁵⁹. Roedd Mr Gregory mewn sefyllfa i roi rhagolygon diwygiedig i ni am 2000-01 a oedd wedi gwella'n sylweddol, gan ostwng y diffyg a broffwydwyd yn wreiddiol o

⁵⁵ C30

⁵⁶ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad B, paragraffau B.1 a B.3

⁵⁷ C36

⁵⁸ C37

⁵⁹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad A, paragraff A.2

£17.4 miliwn i ddim ond diffyg ymylol am y flwyddyn honno. Roedd hyn yn deillio'n rhannol o gymorth ariannol ychwanegol oddi wrth Gyfarwyddiaeth yr NHS i liniaru pwysau cost penodol. Ymysg y rhain yr oedd swyddogaeth ddysgu Ysbyty Athrofaol Cymru o fewn Ymddiriedolaeth NHS Caerdydd a'r Fro, a'r costau cyfalaf ychwanegol a ddeilliai o Ysbyty Brenhinol newydd Morgannwg ⁶⁰.

Ardal awdurdod iechyd Gwent

22. Adroddodd ardal awdurdod iechyd Gwent ddiffyg drwyddo draw o £0.4 miliwn am 1998-99, sef y diffyg isaf o blith ardaloedd y pum awdurdod iechyd yng Nghymru ⁶¹. Dim ond tair ymddiriedolaeth NHS sydd yna yn ardal Gwent, ac awgrymodd Mr Gregory wrthym fod y diffyg cymhlethdod cymharol hwn wedi helpu'r berthynas rhwng yr awdurdod comisiynu a'r ymddiriedolaethau ⁶². Dywedodd wrthym i'r ardal wynebu anawsterau ariannol yn y gorffennol, ond y rhoddwyd sylw i'r rhain a'u datrys drwy reolaeth ariannol effeithiol yr ymgymeryd â hi mewn partneriaeth rhwng yr amryw gyrff NHS perthnasol. Nododd hefyd i ardal Gwent gael un y cant yn fwy o dwf yn ei chyllid na'i chyd-awdurdod a berfformiodd waethaf, a oedd hefyd wedi cyfrannu at allu'r ardal i ymdopi â phwysau o ran costau ⁶³.

Ardal awdurdod iechyd Iechyd Morgannwg

23. Mae'r anawsterau ariannol a brofwyd gan ardal yr awdurdod iechyd hwn yn deillio'n bennaf o ddiffygion ariannol mawr cyn-Ymddiriedolaeth NHS Ysbyty Treforys, a ddeuai i gyfanswm o tua £7.2 miliwn ar 31 Mawrth 1999 ⁶⁴. Dywedodd Mr Gregory wrthym fod y diffygion hyn wedi eu gostwng yn sylweddol yn ystod blwyddyn ariannol 1999-2000. Credai i arweinyddiaeth graff y tîm rheoli sy'n gweithredu bellach yn sgîl uno'r ymddiriedolaeth gydag Ymddiriedolaeth NHS Abertawe, ynghyd â'r synergedd a ddeilliodd o hynny, wedi chwarae rhan o bwys yn y llwyddiant hwnnw ⁶⁵.

Ardal awdurdod iechyd Gogledd Cymru

24. Nododd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol yn ei adroddiad i ardal gogledd Cymru drwyddi draw gofnodi diffyg o £1.8 miliwn yn 1998-99, er mai Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru ei hun oedd yr unig awdurdod i

⁶⁰ C41 a 43

⁶¹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad C, paragraff C.1

⁶² C46

⁶³ C46 a 47

⁶⁴ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad D, paragraffau D.3 a D.4

⁶⁵ C49 a 50

gofnodi gwared ⁶⁶. Rhoddodd y Swyddog Cyfrifo nifer o resymau inni am sefyllfa ariannol gymharol gryf Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru. Er enghraifft, roedd yr ardal yn elwa o'r fformiwla dyrannu adnoddau gyfredol, gyda'r cyllid i'r ardal yn uwch na'r cyfartaledd drwy Gymru. Tynnodd Mr Gregory sylw hefyd at ddiffyg cymhlethdod cymharol yr amgylchedd gofal iechyd yng Ngogledd Cymru, a adlewyrchir yn y system gofal iechyd symlach sy'n ofynnol o'i chymharu, er enghraifft, â sefyllfa de Cymru. Roedd y berthynas rhwng yr awdurdod iechyd a'i amryw ymddiriedolaethau yn gymharol syml ac roedd maes cyfrifoldeb pob ymddiriedolaeth wedi'i ddynodi'n glir, rhywbeth nad yw'n wir am dde Cymru ⁶⁷. I gloi, dywedodd Mr Gregory fod rheolaeth ariannol o fewn cyrff NHS yr ardal o safon uchel ⁶⁸.

25. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ar iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru fel a ganlyn:
- (v) Nodwn ystod cymhleth y ffactorau sy'n effeithio'n uniongyrchol ar berfformiad ardal pob un o'r pum awdurdod iechyd, a'r cydberthynas rhwng y ffactorau;
 - (vi) Cytunwn â Mr Gregory nad yw ynysu'r Ymddiriedolaethau NHS o fewn Dyfed Powys rhag dyledion yr awdurdod iechyd yn ddull effeithiol o reolaeth ariannol. Os digwydd yn y dyfodol y bydd ar yr ymddiriedolaethau NHS angen cymorth ariannol ychwanegol oddi wrth y Cynulliad, argymhellwn fod Cyfarwyddiaeth yr NHS yn ystyried yn ofalus ar hyd pa lwybr y dylid cyfeirio cyllid o'r fath, er mwyn sicrhau ei fod yn cael ei ddefnyddio'n effeithiol i'w ddibenion bwriedig, gyda golwg ar yr angen i fod yn dryloyw ac agored;
 - (vii) Tra'r ydym yn nodi'r cynllun adfer bwriedig y cytunwyd arno gydag Awdurdod Iechyd Dyfed Powys a thair o'r pedair ymddiriedolaeth NHS yn yr ardal honno, rydym yn rhannu pryderon Mr Gregory ynglŷn â pherfformiad ariannol Ymddiriedolaeth NHS Sir Gaerfyrddin, yn nhermau ei sefyllfa ariannol gyfredol a hefyd y methiant i gwblhau cynllun adfer y cytunwyd arno ar gyfer yr ymddiriedolaeth honno. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithio'n agos gyda'r ymddiriedolaeth ac Awdurdod Iechyd Dyfed Powys i gywiro unrhyw ddiffygion yn eu Cynllun Adfer ar frys; ac
 - (viii) Rydym o'r farn nad yw'r peirianwaith presennol ar gyfer dyrannu adnoddau mwyach yn fuddiol ac nad yw'n rhoi sylw digonol i'r pwysau amrywiol a gwahanol o ran costau sy'n effeithio ar gyrff NHS ar draws Cymru. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS felly, mewn ymgynghoriad agos â'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, i weithredu'n gyflym ar ganlyniadau'r arolwg o'r

⁶⁶ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad E, paragraff E.1

⁶⁷ C53

⁶⁸ C54

fformiwla gyllido sydd ar y gweill ar hyn o bryd a sefydlu system sy'n cydnabod ffactorau o'r fath ac yn rhoi setliadau ariannol blynyddol teg a chyfiawn.

Esgeulustod clinigol

26. Mae Esgeulustod Clinigol yn golygu tor-dyletswydd gan ymarferwyr gofal iechyd wrth iddynt gyflawni eu dyletswyddau yn yr NHS ⁶⁹. Adroddodd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol i gost uchafswm hawliadau am esgeulustod clinigol drwyddi draw, yn ôl yr amcangyfrif, godi'n sylweddol yn ystod 1998-99, o £145 miliwn i £214 miliwn ar 31 Mawrth 1999 (mae'r amcangyfrif hwn yn cynnwys taliadau tebygol a phosibl) ⁷⁰. Awgrymodd y Swyddog Cyfrifo wrthym fod y cynnydd hwn i'w briodoli i ddau ffactor: tuedd gynyddol unigolion i hawlio iawn cyfreithiol; a lefelau cynyddol yr iawndal sy'n daladwy mewn achosion o'r fath ⁷¹.
27. Cyn dwyn achos cyfreithiol mewn achosion lle'r honnir esgeulustod clinigol, gall cleifion geisio iawn drwy Drefn Gwyno'r NHS ac, os ydynt yn dal yn anfodlon, gallant ddwyn eu cwyn gerbron Ombwdsman y Gwasanaeth Iechyd dros Gymru. Yng ngham olaf y Drefn Gwyno, pan fydd yr achosion hyn yn cael eu hystyried gan banel adolygu annibynnol, dywedodd Mr Gregory mai un gwendid cyffredin a nodir yw ansawdd wael y cyfathrebu rhwng y clinigwr a'r claf. Awgrymodd mai un maen prawf pwysig sy'n effeithio ar benderfyniad unigolion i wneud cais ffurfiol am iawndal yw'r modd yr ymdriniwyd â'r gŵyn, a pha mor agored y buwyd wrth ddadlennu ffeithiau achos y claf iddynt ⁷².
28. Mae cyswllt agos rhwng mater esgeulustod clinigol a chysyniadau effeithiolrwydd clinigol a llywodraethu clinigol, yng nghyd-destun gwella ansawdd gofal o fewn yr NHS. Amlinellodd Mr Gregory nifer o beirianweithiau sy'n cefnogi'r amcan hwn, gan gynnwys y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol, sydd â'r dasg o adolygu effeithiolrwydd triniaethau newydd a rhai presennol o safbwynt clinigol ac o ran cost, a'r Comisiwn Gwella Iechyd sy'n gyfrifol am yr arolwg ar ansawdd gofal ⁷³. Nododd hefyd fod Cronfa Risg Cymru yn gyfrifol am y 'Rhwydwaith Rheolwyr Risg', sydd â chynrychiolwyr o bob corff NHS yng Nghymru ymysg ei aelodaeth, ac sy'n trafod gwelliannau posibl i'r modd y rheolir digwyddiadau ac yn lledaenu enghreifftiau o'r ymarfer gorau ⁷⁴.

⁶⁹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 5.2

⁷⁰ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 5.4-5.5

⁷¹ C55

⁷² C70 a 71

⁷³ C56

⁷⁴ C57

29. Mae Cronfa Risg Cymru hefyd wedi arwain y ffordd yn hyrwyddo gwaith rheoli risg effeithiol ar draws yr NHS yng Nghymru, gan gynnwys cyfres o Safonau Rheoli Risg sy'n berthnasol i awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS fel ei gilydd. Yn 1998-99, fodd bynnag, canfu'r Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol mai dim ond deg o'r 21 aelod gorff oedd wedi cyflwyno hunan-asesiad o'u perfformiad yn erbyn y safonau hyn.⁷⁵
30. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ar fater esgeulustod clinigol fel a ganlyn:
- (iv) Ymddengys i ni fod dau brif faes i ganolbwyntio arnynt wrth reoli nifer cynyddol yr achosion o esgeulustod clinigol yn yr NHS yng Nghymru, a'r gost gynyddol sef: ymdrin yn ddiymdroi ac yn gost-effeithiol â'r hawliadau sy'n disgwyl i gael eu prosesu ar hyn o bryd, ac effeithiolrwydd y dulliau gweithredu ar reoli risg er mwyn atal hawliadau newydd rhag codi yn y lle cyntaf. Rydym o'r farn nad yw Cyfarwyddiaeth yr NHS wedi gwneud cynnydd digonol yn y naill na'r llall o'r meysydd hyn, a phwysleisiwn y potensial i wella drwy ymateb i ganfyddiadau perthnasol y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol a'r Comisiwn Gwella Iechyd i'r dyfodol. Argymhellwn yn gryf fod Cyfarwyddiaeth yr NHS yn gweithredu i ganfod a lledaenu enghreifftiau o'r ymarfer gorau mewn rheolaeth ariannol ar draws NHS Cymru;
 - (v) Rydym yn bryderus iawn i nodi mai dim ond hanner y cyrff NHS yng Nghymru a gyflwynodd hunan-asesiadau, gan adrodd a ydynt yn cydymffurfio â'r Safonau Rheoli Risg, er ein bod yn cydnabod y gallai'r ad-drefnu ar yr ymddiriedolaethau ar y pryd fod wedi effeithio ar lefel yr ymateb; ac
 - (vi) Rydym hefyd o'r farn y gellid ac y dylid gwella'r drefn gwyno ar gyfer cleifion a'u perthnasau os ceir canlyniad clinigol anfoddhaol. Credwn mai cyfathrebu mwy agored a chynharach rhwng clinigwyr a chleifion yw'r allwedd i ddatrys llawer o hawliadau am esgeulustod ac atal yr angen am weithredu cyfreithiol. Dylai mwy o dryloywder wrth ddadlennu manylion meddygol i achwynydd ddod yn drefn safonol ac anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i roi sylw i'r mater hwn yn rhannol drwy newidiadau yn addysg a hyfforddiant staff meddygol.

Twyll

31. Mae lefel y twyll o fewn yr NHS yn fater o bwys allweddol, gan arwain at golli adnoddau sylweddol y gellid fel arall eu gwario ar ofalu am gleifion. Er bod yna Weithgor Ymladd Twyll, gyda chylch gwaith i ddatblygu strategaeth twyll a lledaenu enghreifftiau o'r ymarfer gorau o ran mynd i'r afael â thwyll

⁷⁵ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 5.10

ar draws Cymru ⁷⁶, cydnabyddai'r Swyddog Cyfrifo nad oedd fawr ddim cynnydd wedi'i wneud o ran rhoi sylw i dwyll yng Nghymru ⁷⁷. Yn 1998-99, dim ond gwerth £102,000 o dwyll a ganfuwyd yng Nghymru; o seilio ffigyrau Cymru ar y twyll a ganfuwyd yn Lloegr yn y flwyddyn honno yng nghyswllt osgoi taliadau presgripsiwn yn unig, byddai amcangyfrif cymesur o dwyll tebygol o'r math hwn yng Nghymru yn rhoi ffigwr o ryw £8-10 miliwn. Dywedodd Mr Gregory wrthym fod lefel y twyll a ganfyddir yn amlwg heb ei llwyr fynegi, ac adlewyrchai'r ffaith nad oedd llawer o waith wedi'i wneud yn y maes hwn hyd yma ⁷⁸.

32. Dywedodd Mr Gregory wrthym am y trafodaethau a oedd ar y gweill gyda Chyfarwyddiaeth y Gwasanaethau Ymladd Twyll, y corff o fewn Gweithrediaeth yr NHS sy'n gyfrifol am fynd i'r afael â thwyll a llygredigaeth o fewn yr NHS yn Lloegr, a oedd yn ymchwilio i'r posibilrwydd y gellid ymestyn ei gylch gwaith i gynnwys Cymru ⁷⁹. Yn dilyn y gwrandawriad Pwyllgor hwn, mae'r Prif Ysgrifennydd wedi cyhoeddi bod y trafodaethau hynny wedi'u cwblhau, ac y bydd yr NHS yng Nghymru yn cael ei gynnwys yng ngwaith Cyfarwyddiaeth y Gwasanaethau Ymladd Twyll ⁸⁰.
33. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ar fater twyll fel a ganlyn:
- (iv) Rydym yn bryderus iawn ynglŷn â'r diffyg cynnydd hyd yma o ran mynd i'r afael â thwyll yn yr NHS yng Nghymru. Rydym felly yn croesawu'r cyhoeddiad diweddar gan y Prif Ysgrifennydd y bydd y gwaith o fonitro twyll a llygredigaeth o fewn yr NHS yng Nghymru yn dod yn rhan o gylch gwaith estynedig Cyfarwyddiaeth y Gwasanaethau Ymladd Twyll;
 - (v) Rhyfeddir ni fod lefelau'r twyll a ganfyddir mor isel (£102,000 yn 1998-99; £950,000 (amcangyfrif) yn 1999-2000), a chytunwn â Chyfarwyddiaeth yr NHS nad yw hyn o reidrwydd ond yn cynrychioli elfen fach o'r gwir gyfanswm. Rydym o'r farn fod angen gwelliannau sylweddol yn y gwaith o ganfod ac atal twyll. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i fynd i'r afael â'r broblem hon fel mater o frys, ac yn enwedig i ystyried y defnydd posibl o gymhellion "gwario i arbed" a fyddai'n caniatáu i unrhyw arbedion a grëir gael eu rhyddhau'n uniongyrchol ar gyfer gofalu am gleifion; a

⁷⁶ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 5.21

⁷⁷ C72 a 73

⁷⁸ C74

⁷⁹ C72

⁸⁰ Hysbysiad i'r Wasg (cyfeirnod W00345-hlt) a ryddhawyd gan y Cynulliad 10 Ebrill 2000

- (vi) Sylwn hefyd mai at ofal sylfaenol yn unig y cyfeiriwyd y camau a gymerwyd hyd yma i fynd i'r afael â thwyll, ac mai dim ond yn ddiweddar y mae Gweithgor Ymladd Twyll Cymru-gyfan wedi ystyried mater twyll yn y sector gofal eilaidd. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS hefyd i roi sylw i'r perygl o dwyll yn y sector gofal eilaidd, gan roi sylw dyledus i'r risg gymharol o dwyll sydd ymhlyg yn y sector.

Cost cyffuriau gofal sylfaenol

34. Adroddodd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol fod cost cyffuriau a roddir ar bresgripsiwn gan feddygon teulu yng Nghymru, a oedd oddeutu £318 miliwn yn 1998-99, wedi codi'n flynyddol ar gyfradd uwch na chwyddiant. Hefyd, mae'r cyfraddau rhoi cyffuriau ar bresgripsiwn yn sylweddol uwch yng Nghymru na Lloegr, hyd yn oed mewn ardaloedd o amddifadiad cymharol ⁸¹.
35. Dywedodd Mr Gregory wrthym fod y Cynulliad wedi bod yn ceisio rheoli'r costau hyn, gan gynnwys gwneud hynny drwy benodi 'Grŵp Gorchwyl a Gorffen' a sefydlwyd yn ddiweddar i ystyried faint o le sydd yna i wella effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd rhoi presgripsiynau yng Nghymru. Mae'r Grŵp hwn i fod i roi adroddiad ar ei ganfyddiadau ym Mehefin 2000, a disgwylir iddo gynhyrchu strategaeth i ddelio â'r mater hwn dros y tair i'r pedair blynedd nesaf ⁸².
36. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ar fater cost cyffuriau gofal sylfaenol fel a ganlyn:
- (iii) Nodwn y codiadau mawr diweddar yng nghost cyffuriau gofal sylfaenol, a chydnabyddwn y camau a gymerwyd gan Gyfarwyddiaeth yr NHS i liniaru hyn, gan gynnwys penodi'r Grŵp Gorchwyl a Gorffen. Argymhellwn yn gryf fod canfyddiadau'r Grŵp yn cael eu hadolygu fel mater o flaenoriaeth a, lle bo hynny'n briodol, eu rhoi ar waith gan Gyfarwyddiaeth yr NHS ar y cyfle cyntaf posibl; a
- (iv) Mae opsiynau eraill ar gael hefyd i fynd i'r afael â chostau cynyddol cyffuriau gofal sylfaenol, ac anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i ddatblygu strategaeth gydlynus, a fydd yn cynnwys ystyried materion megis gwneud mwy o ddefnydd o gyffuriau generig, ailddatblygiadau cyd-fformiwlâu, cynlluniau cymhellion o ran presgripsiynau a pha mor gyffredin yw rhoi ail-bresgripsiynau.

⁸¹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraffau 8.2 i 8.4

⁸² C84 ac 85

Crynodeb o'r Argymhellion

37. Yng ngoleuni ein canfyddiadau a'n casgliadau, gwnawn yr argymhellion isod:

Ar iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw

- (xiii) Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithio'n agosach gyda chyrff iechyd ar draws Cymru, gan roi rheolaeth strategol ac arweiniad gwirioneddol i'r gwasanaeth;
- (xiv) Edrychwn tuag at Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithredu i sicrhau bod ymddiriedolaethau NHS yn gallu cyflawni'r arbedion y proffwydwyd y byddent ar gael yn sgîl ad-drefnu'r ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru, a nodwn ein bwriad i fwrw golwg manwl ar lwyddiant y rhaglen hon maes o law;
- (xv) Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithredu'n briodol i sicrhau bod pob corff NHS yn cydymffurfio â Chod Ymarfer Cyd-ffederasiwn Diwydiant Prydain ar Dalu Cyflenwyr, gan weithredu yn unol â pholisi'r Llywodraeth yn y cyswllt hwn;

Ar iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru

- (xvi) Os digwydd yn y dyfodol y bydd ar ymddiriedolaethau NHS angen cymorth ariannol ychwanegol oddi wrth y Cynulliad, argymhellwn fod Cyfarwyddiaeth yr NHS yn ystyried sianelu'r gefnogaeth honno yn uniongyrchol i'r ymddiriedolaethau dan sylw;
- (xvii) Yng nghyswllt Ymddiriedolaeth NHS Sir Gaerfyrddin, a'i hanawsterau ariannol ar hyn o bryd, anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithio'n agos gyda'r ymddiriedolaeth ac Awdurdod Iechyd Dyfed Powys i gywiro unrhyw ddiffygion yn eu Cynllun Adfer yn enwedig o safbwynt lefel y realaeth yn y Cynllun a sicrhau bod gwasanaethau i gleifion yn cael eu gwarchod;
- (xviii) Nid yw'r peirianwaith presennol ar gyfer dyrannu adnoddau mwyach yn fuddiol ac nid yw'n rhoi sylw digonol i'r pwysau amrywiol a gwahanol o ran costau sy'n effeithio ar gyrff NHS ar draws Cymru. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS felly, mewn ymgynghoriad agos â'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, i weithredu'n gyflym ar ganlyniadau arolwg y fformiwla gyllido sydd ar y gweill ar hyn o bryd a sefydlu system sy'n cydnabod ffactorau o'r fath ac yn rhoi setliadau ariannol blynyddol teg a chyfiawn;

Ar esgeulustod clinigol

- (xix) O safbwynt rheoli esgeulustod clinigol gan yr NHS yng Nghymru, argymhellwn yn gryf fod Cyfarwyddiaeth yr NHS yn gweithredu i ganfod a lledaenu enghreifftiau o'r ymarfer gorau mewn rheolaeth ariannol ar draws NHS Cymru;
- (xx) Dylai mwy o dryloywder wrth ddadlennu manylion meddygol i achwynydd ddod yn drefn safonol. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i roi sylw i'r mater hwn yn rhannol drwy newidiadau yn addysg a hyfforddiant staff meddygol ac i gymryd rôl arweiniol yn y gwaith o ddatblygu diwylliant o fod yn agored a chyfathrebu'n dda;

Ar dwyll

- (xxi) Nid yw cost lawn twyll yn yr NHS yng Nghymru yn hysbys, ac mae angen gwelliannau sylweddol o ran canfod ac atal twyll. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i fynd i'r afael â'r broblem hon fel mater o frys, ac yn enwedig i ystyried y defnydd posibl o gymhellion "gwario i arbed" a fyddai'n caniatáu i unrhyw arbedion a grëir gael eu rhyddhau'n uniongyrchol ar gyfer gofalu am gleifion;
- (xxii) Hyd yma, canolbwyntiwyd yn bennaf ar y sector gofal sylfaenol wrth fynd i'r afael â thwyll. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i roi sylw hefyd i'r perygl o dwyll yn y sector gofal eilaidd, gan roi sylw dyledus i'r risg gymharol o dwyll sydd ymhlyg yn y sector;

Ar gost cyffuriau gofal sylfaenol

- (xxiii) Cydnabyddwn fod yr NHS yn cymryd camau i reoli cost gynyddol cyffuriau gofal sylfaenol. Mae'r Grŵp Gorchwyl a Gorffen yn ymchwilio i'r maes hwn, ac argymhellwn yn gryf fod canfyddiadau'r Grŵp yn cael eu hadolygu fel mater o flaenoriaeth a, lle bo hynny'n briodol, eu rhoi ar waith gan Gyfarwyddiaeth yr NHS ar y cyfle cyntaf posibl;
- (xii) Mae opsiynau eraill ar gael hefyd i fynd i'r afael â chostau cynyddol cyffuriau gofal sylfaenol, ac anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i ddatblygu strategaeth gydlynus, a fydd yn cynnwys ystyried materion megis gwneud mwy o ddefnydd o gyffuriau generig, ailddatblygiadau cyd-fformiwlâu, cynlluniau cymhellion o ran presgripsiynau a pha mor gyffredin yw rhoi ail-bresgripsiynau.

Crynodeb

- 38. Y Gwasanaeth Iechyd Gwladol yn ein sefydliad mwyaf gwerthfawr. Mae ei enw da wedi dioddef dros y blynyddoedd diwethaf, ac mae hyn i'w briodoli i raddau sylweddol i'w berfformiad ariannol gwael. Ni ellir caniatáu i hyn barhau.

39. Rhaid i'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol ailadeiladu ei enw da drwy gyflwyno safonau gofal iechyd uchel i bobl Cymru o fewn yr adnoddau a roddir iddo gan y Cynulliad Cenedlaethol. Anogwn Gyfarwyddiaeth NHS y Cynulliad felly a rheolwyr y gwasanaeth iechyd, clinigwyr a staff i wneud popeth a allant i hyrwyddo rheolaeth ariannol dda, gan gynnwys cymryd camau mwy rhagweithiol i leihau lefel yr achosion o esgeulusod glinigol a'u cost, gostwng lefel twyll, a sicrhau gwerth am arian. Yn arbennig, disgwyliwn weld diwedd buan ar y cylch parhaus o ddiffygion ariannol yr adroddwyd amdanynt gan awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS dros y blynyddoedd diwethaf.
-

Atodiad A

[Trawsgrifiad i'w gynnwys]

**Gwybodaeth oddi wrth Gyfarwyddwr NHS - Cymru y Cynulliad ar fater
cyfatebu data rhwng yr NHS a'r Adran Nawdd Cymdeithasol**

Pwyllgor Archwilio- 6 Ebrill 2000

**Pwyntiau Gweithredu sy'n deillio o sesiwn dystiolaeth Cyfarwyddwr NHS
Cymru**

Cynigiodd Mr Gregory ysgrifennu at y Pwyllgor Archwilio yn ymateb i gwestiwn Lorraine Barrett AC ynghylch a oedd Gweithgor Atal Twyll Cymru-gyfan wedi mynd i'r afael â'r mater o gydweddu data rhwng yr NHS a chronfeydd data'r Adran Nawdd Cymdeithasol, er enghraifft. Yr oedd hefyd am wybod yr anawsterau ymarferol a allai godi.

Sylwer y byddai'r nodyn yn cael ei gynnwys fel atodiad i adroddiad y Pwyllgor.

Nid yw'r Gweithgor Atal Twyll wedi mynd i'r afael â'r mater hyd yma. Fodd bynnag, mae'n agwedd bwysig o'r gwaith y mae'r Cynulliad yn disgwyl i'r gwasanaeth gweithredol atal twyll (GGAT) newydd ei gyflawni. Mae cyswllt newydd i'w sefydlu rhwng Cymru a Lloegr i atal twyll yn yr NHS, gyda Chymru yn dod yn bartner yn y gwasanaeth atal twyll sydd eisoes yn bodoli yn Lloegr. Bydd cydweithio â'r GGAT yn darparu gwasanaeth cynhwysfawr sy'n ymestyn i'r sectorau sylfaenol ac eilaidd fel ei gilydd. Caiff trefniadau eu gwneud i sicrhau trefniadau adrodd priodol i'r NHS yng Nghymru a'r Cynulliad Cenedlaethol.

Mae'r gwasanaeth atal twyll hwn wedi bodoli yn Lloegr ers mis Ebrill 1999, ac mae eisoes wedi cytuno ar y protocolau angenrheidiol gyda'r Adran Nawdd Cymdeithasol (ANC). Mae trafodaethau yn mynd rhagddynt gydag Adran Cyllid y Wlad hefyd ynghylch trefniadau tebyg am gymhwyster ar gyfer Credyd Treth Teuluoedd sy'n Gweithio.

Drwy gyfryngau electronig yn unig y gall gwiriadau o'r fath gael eu gwneud yn gost-effeithiol. Bwriedir cyflwyno gwiriadau gyda'r Adran Nawdd Cymdeithasol ynghylch dilysrwydd presgripsiynau di-dâl ar ôl i Awdurdod Iechyd Bro Taf gyflwyno ffordd electronig newydd o sganio presgripsiynau . Maent yn gyfrifol am gyfrifo taliadau i fferyllwyr a gwirio'r holl bresgripsiynau yng Nghymru.

Bydd angen i'r Cynulliad roi'r ddeddfwriaeth angenrheidiol ar waith i roi effaith i'r gosb, yn rhannol ar y cyd â'r Adran Iechyd. Os oes rhywun yn hawlio presgripsiwn di-dâl drwy dwyll, mae Deddf Iechyd 1999 yn pennu cosb sy'n gyfwerth â'r tâl sy'n ddyledus ar y presgripsiwn ynghyd â chosb sydd bum gwaith yn fwy na'r taliad presgripsiwn sy'n ddyledus - gydag uchafswm o £100. Gellir cynyddu'r gosb 50% os na thelir y gosb o fewn 28 diwrnod. Mae posibilrwydd y codir costau ychwanegol os oes rhaid mynd â'r achos gerbron llys i gael yr arian.

Mae cosbau eraill yn bodoli, a gyfrifir mewn ffordd debyg, mewn perthynas â hawlio drwy dwyll esemptiad rhag costau deintyddol neu hawlio drwy dwyll am fudd-dâl mewn perthynas â gwasanaethau optegol. Unwaith y daw'r ddeddfwriaeth i rym yng Nghymru, bydd rhwydd hynt i'r Cynulliad Cenedlaethol bennu lefel wahanol o gosb na'r gwledydd cartref eraill, er y byddai'n dda o beth arfer cysondeb ar draws yr NHS a'r DU. Gellir ystyried y mater hwn unwaith y cyflwynir is-ddeddfwriaeth ynghylch cosbau.

Ceir peth pryder y gall gwiriadau electronig yr Adran Nawdd Cymdeithasol neu Adran Cyllid y Wlad fod yn groes i'r Ddeddf Diogelu Data oni bai fod y presgripsiwn neu'r ffurflen arall ar gyfer hawlio esemptiad yn nodi'n benodol y gall y gwiriadau hyn gael eu gwneud. Caiff y mater hwn ei ystyried gan yr Adran Iechyd ac efallai y bydd angen ail-gynllunio'r wybodaeth ar gefn y ffurflenni perthnasol. Ateb posibl yw bod lle ar bob ffurflen i gleifion roi caniatâd i wiriadau gael eu gwneud.

Atodiad C

**Llythyron at y Pwyllgor oddi wrth Syr John Bourn, Archwiliwr Cyffredinol
Cymru, ar esgeulustod clinigol**

**CYNULLIAD CENEDLAETHOL CYMRU: Y PWYLLGOR
ARCHWILIO**

**ADRODDIAD 00-04 – Cyflwynwyd i'r Cynulliad Cenedlaethol ar 13 Gorffennaf
yn unol ag adran 102(1) o Ddeddf Llywodraeth Cymru 1998**

Adroddiad ar Gyfrifon Cryno NHS (Cymru), 1998-99

| <u>CYNNWYS</u> | Paragraff |
|---|-----------|
| Cyflwyniad | 1 |
| Iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw | 8 |
| Iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru | 16 |
| Esgeulustod clinigol | 26 |
| Twyll | 31 |
| Cost cyffuriau gofal sylfaenol | 34 |
| Crynodeb o'r Argymhellion | 37 |
| Casgliadau Cyffredinol | 38 |

ATODIADAU

Atodiad A : Trafodion perthnasol y Pwyllgor – Cofnodion Tystiolaeth (Dydd Iau 6^{ed} Ebrill 2000)

Atodiad B : Gwybodaeth gan Gyfarwyddwr NHS - Cymru y Cynulliad ar bwnc cyfatebu data rhwng yr NHS a'r Adran Nawdd Cymdeithasol

Atodiad C : Llythyrau i'r Pwyllgor oddi wrth Syr John Bourn, Archwiliwr Cyffredinol Cymru ar esgeulustod clinigol

Atodiad D: Y Pwyllgor Archwilio

Cyflwyniad

16. Gwariodd y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (NHS) yng Nghymru tua £2.4 biliwn yn 1998-99. Yn ystod y flwyddyn honno, gweithredai drwy 5 awdurdod iechyd a 26 ymddiriedolaeth NHS. Ar 1 Ebrill 1999, cafodd y 26 ymddiriedolaeth NHS eu had-drefnu'n 16, ac ar 1 Ebrill 2000 yn 15 ymddiriedolaeth NHS. Erbyn hyn Cyfarwyddiaeth yr NHS o fewn Cynulliad Cenedlaethol Cymru sydd â'r cyfrifoldeb dros y gwasanaeth iechyd yng Nghymru drwyddo draw
17. Cyllidir yr NHS yng Nghymru yn bennaf drwy daliadau i bum awdurdod iechyd Cymru, a gwnaethant hwythau yn eu tro daliadau i ymddiriedolaethau NHS o dan gytundebau am wasanaethau ysbyty a gwasanaethau eraill (£1,485 miliwn). Ar gyfer gwasanaethau gofal iechyd sylfaenol, gwnaeth yr awdurdodau iechyd daliadau i Feddygon Teulu sydd â'u cyllideb eu hunain ac ar ran Meddygon Teulu sydd heb eu cyllideb eu hunain (£747 miliwn) a hefyd daliadau i Ddeintyddion (£61 miliwn) ac Optegwyr (£18 miliwn).
18. Cwblheir Cyfrifon Cryno yr NHS yng Nghymru drwy gyfansymio cyfrifon y cyrff NHS sy'n rhan o'r gwasanaeth, a dyma'r peirianwaith a ddefnyddir i adrodd ar ganlyniadau'r NHS yng Nghymru drwyddynt draw. Rhydd Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol ar gyfrifon 1998-99 y wybodaeth ddiweddaraf am iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru a'r prif faterion sy'n effeithio ar y sefyllfa honno ⁸³.
19. Cyflwynwyd Cyfrifon 1998-99 ac Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol gerbron y Senedd gan eu bod yn ymdrin â'r flwyddyn ariannol cyn sefydlu Cynulliad Cenedlaethol Cymru. Cytunodd Cadeirydd Pwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus Tŷ'r Cyffredin y câi Pwyllgor Archwilio'r Cynulliad gymryd tystiolaeth ar y mater hwn. Rydym yn ddiolchgar i'r Pwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus am y cyfle cynnar hwn i edrych ar y maes gwariant pwysig hwn yng Nghymru.
20. O 1999-2000 ymlaen, mae'r cyfrifoldeb am archwilio Cyfrifon Cryno NHS (Cymru) yn trosglwyddo i Archwiliwr Cyffredinol Cymru. Caiff cyfrifon y flwyddyn ac Adroddiad yr Archwiliwr Cyffredinol arnynt eu cyflwyno i'r Cynulliad.
21. Cymerwyd tystiolaeth oddi wrth Mr Peter Gregory, Cyfarwyddwr Cyfarwyddiaeth NHS y Cynulliad a Swyddog Cyfrifo Cyfrifon Cryno NHS (Cymru). Yn bresennol gydag ef yr oedd Mrs Sarah Beaver, pennaeth Is-adran Cyllid NHS y Cynulliad. Ceir trawsgrifiad o'r dystiolaeth hon yn **Atodiad A**. Derbyniwyd tystiolaeth ysgrifenedig hefyd gan Mr Gregory (**Atodiad B**), a chan Syr John Bourn, Archwiliwr Cyffredinol Cymru (**Atodiad C**). Hoffem ddiolch i Mr Gregory am y ffordd gadarnhaol ac adeiladol yr ymatebodd i gwestiynau'r

⁸³ Cyfrifon Cryno NHS (Cymru) 1998-99 (HC 301 o 1999-2000), a gyflwynwyd ar 13 Mawrth 2000

Pwyllgor.

22. Yn yr adroddiad hwn, rydym yn edrych ar y Gwasanaeth Iechyd yng Nghymru o dan bump prif bennawd:
- Iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw;
 - Iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru;
 - Esgeulustod clinigol;
 - Twyll; a
 - Chost cyffuriau gofal sylfaenol.

Iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw

23. Yn 1998-99, cofnododd yr NHS yng Nghymru ddiffyg ariannol o £21.8 miliwn i gyd⁸⁴. Cynyddodd hyn y diffyg cronedig llawn o £32.1 miliwn i £53.9 miliwn ar 31 Mawrth 1999. Am 1999-2000, roedd dau o'r pum awdurdod iechyd a 10 o'r 16 ymddiriedolaeth NHS a oedd yn gweithredu yn y flwyddyn honno yn darogan diffygion ariannol pellach⁸⁵. Gyda'i gilydd, roedd y diffygion net a gâi eu darogan am 1999-2000 yn £20 miliwn, a fyddai'n cynyddu diffyg cronedig yr NHS yng Nghymru i tua £73.9 miliwn ar 31 Mawrth 2000⁸⁶. Dywedodd Mr Gregory wrthym nad oedd y sefyllfa hon o ddiffyg ariannol a phroblemau ariannol yr NHS yn gyffredinol yn unigryw i Gymru, ond eu bod yn gyffredin i systemau gofal iechyd mewn manau eraill yn y byd datblygedig⁸⁷.
24. Fodd bynnag, mae ffactorau eraill hefyd wedi dylanwadu ar y sefyllfa hon. Yn gynnar yn 1999, comisiynodd Ysgrifennydd Gwladol Cymru ar y pryd adroddiad cloriannu ar iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru. Deuai'r Adroddiad Cloriannu, a ryddhawyd ym Mehefin 1999, i'r casgliad nad oedd yna un eglurhad i'r problemau ariannol sy'n bodoli o fewn yr NHS yng Nghymru⁸⁸.
25. Yn ychwanegol at berfformiad lleol yr awdurdodau iechyd a'r ymddiriedolaethau NHS, awgrymodd y Swyddog Cyfrifo wrthym fod y ffactorau isod yn cyfrannu ar lefel genedlaethol at y problemau ariannol yng Nghymru:
- Cafodd yr amgylchedd ariannol ei dynhau yn ystod y 1990au canol i hwyr, a chafwyd gofyniad hefyd ar i'r NHS gyflawni targedau arbedion effeithlonrwydd a fyddai'n rhyddhau arian ond a oedd, yn ymarferol, yn anodd

⁸⁴ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 4.6

⁸⁵ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraffau 4.19 a 4.20

⁸⁶ C18

⁸⁷ C2

⁸⁸ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraffau 4.31 i 4.33

i'w gwireddu ⁸⁹;

- Arweiniodd pwysau o safbwynt adnoddau ac effeithlonrwydd o fewn Adran Iechyd y Swyddfa Gymreig at leihau'r adran honno, gan gynnwys crebachu ei rôl monitro, a gwneud perfformiad ei rôl rheoli strategol yn llai effeithiol. Aeth y berthynas rhwng y Swyddfa Gymreig a'r cyrff NHS yn anoddach o'r herwydd ⁹⁰. Argymhellai'r Adroddiad Cloriannu y dylid cryfhau Cyfarwyddiaeth NHS y Cynulliad fel y gellid ymdrin mewn ffordd integredig â monitro perfformiad ariannol, gwerth am arian a gwireddu amcanion yr NHS yng Nghymru. Dywedodd Mr Gregory wrthym fod arolwg diweddar wedi arwain at gynydd yn yr adnoddau staff, a bod y broblem hon wedi'i lliniaru bellach ⁹¹;
- Bu marchnad fewnol yr NHS, a seiliwyd ar gystadleuaeth a gwahanu swyddogaethau'r prynwr/darparwr, o fudd o ran crisialu cyfrifoldeb gweithredol ar y lefel leol. Fodd bynnag, roedd hefyd wedi creu anawsterau yn y berthynas waith rhwng awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS, a dywedodd Mr Gregory wrthym ei fod o'r farn bod dileu cystadleuaeth o'r NHS yn cyfrannu at welliant sylweddol yn hyn o beth ⁹²;
- Cyflwynwyd y rhaglen i ad-drefnu'r ymddiriedolaethau NHS er mwyn sicrhau darpariaeth gofal fwy effeithlon i gleifion. Disgwyliai Mr Gregory i hyn arwain at arbedion sylweddol, ond dywedodd wrthym y byddai'n golygu cost o oddeutu £4 miliwn i'r NHS yng Nghymru i ddechrau, gan gyfrannu yn y tymor byr at y diffyg ariannol. Mae Cyfarwyddiaeth yr NHS yn disgwyl i'r ad-drefnu olygu arbedion o £4 miliwn yn 2000-01, gan godi ar ôl tair blynedd i arbediad blynyddol rheolaidd o £6 miliwn ⁹³.

26. Un peirianwaith allweddol ar gyfer monitro perfformiad ariannol ymddiriedolaethau'r NHS yng Nghymru yw'r tri amcan ariannol a bennwyd ar gyfer pob ymddiriedolaeth NHS gan Gyfarwyddiaeth NHS y Cynulliad (Adran Iechyd y Swyddfa Gymreig gynt). Yr amcanion yw:

- Adennill eu costau dros y cyfnod tair-blynedd 1997-98 i 1999-2000;
- Cyflawni 'Cyfradd Cydnabod Costau Cyfalaf' (hynny yw, i dalu cost amcanol cyllido ei asedau cyfalaf ar ôl caniatáu ar gyfer dibrisiant) o chwech y cant yn union yn flynyddol; ac

⁸⁹ C3

⁹⁰ C7 ac 8

⁹¹ C8

⁹² C4

⁹³ C15

- Aros o fewn y Terfyn Cyllido Allanol penodedig ⁹⁴.
27. Am 1998-99, adroddodd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol bod 25 o'r 26 ymddiriedolaeth NHS wedi methu cyflawni un neu fwy o'u tri amcan ariannol allweddol, gan gynnwys pedwar oedd wedi methu ar y tri amcan. Methodd pedair ymddiriedolaeth ar ddeg y targed adennill costau interim a methodd 21 gyflawni'r Gyfradd Cydnabod Costau Cyfalaf o 6 y cant yn union. Aeth pedair ymddiriedolaeth y tu hwnt i'w Terfyn Cyllido Allanol, er i Mr Gregory ddweud wrthym mai dim ond methu o'r braidd wnaeth tair o'r rhain. ⁹⁵. Eglurodd Mr Gregory wrthym fod y methiannau hyn i gyd yn deillio o'r anawsterau a wynebir gan ymddiriedolaethau NHS wrth weithredu oddi mewn i'w hamgylchedd ariannol. ⁹⁶.
 28. Dyletswydd ariannol arall ar bob corff NHS yw'r gofyniad i setlo'u holl filiau o fewn 30 diwrnod iddynt dderbyn anfoneb ddilys, yn unol â Chod Ymarfer Talu Cyflenwyr Cyd-ffederasiwn Diwydiant Prydain. Mae perfformiad yr awdurdodau iechyd gyda'i gilydd yn erbyn y targed hwn yn dal yn wael, gyda dim ond 85 y cant o anfonebau'n cael eu talu o fewn y cyfnod 30-diwrnod, er bod y rhain yn cynrychioli tua 97 y cant o'r anfonebau yn ôl gwerth. O'r ymddiriedolaethau NHS, gwelodd 16 eu perfformiad yn ystod 1998-99, ond mewn naw ymddiriedolaeth gwaethygodd y lefelau talu'n brydlon – ac ni thalodd un ymddiriedolaeth (Ymddiriedolaeth NHS Glan Hafren) ond 26 y cant o'i biliau o fewn 30 diwrnod ⁹⁷.
 29. Hysbysodd y Swyddog Cyfrifo ni fod y Cynulliad wedi monitro'r perfformiad mewn awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS o ran talu cyflenwyr ar sail fisol, gan chwilio am welliannau yn y sefyllfa honno. Dywedodd wrthym nad oedd yn fodlon â'r lefelau perfformiad cyfredol, a'i fod yn bwriadu cynnwys yn y llythyr blynyddol am y dyraniad cyllido a anfonir at bob corff NHS ofyniad ar iddynt wneud gwelliannau ⁹⁸.
 30. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ynglŷn ag iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw fel a ganlyn:
 - (ii) Nodwn fod y problemau ariannol sy'n wynebu'r NHS yng Nghymru yn gyffredin i systemau gofal iechyd mewn mannau eraill yn y byd datblygedig; a hefyd mai nid problemau diweddar mo'r rhain, gyda diffygion ariannol yn cael eu hadrodd ers y 1980au. Mewn sefyllfa o gyllid cyfyngedig, bydd darparu gofal iechyd bob amser yn golygu

⁹⁴ Rhagair i Gyfrifon Cryno'r NHS ar gyfer Cymru, 1998-99, paragraffau 20-23

⁹⁵ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 4.15 ac C23

⁹⁶ C23

⁹⁷ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraffau 4.23 i 4.30

⁹⁸ C28

cydbwysu'r angen yn erbyn y gost yn ofalus;

- (xi) Rydym yn bryderus ynglŷn ag anallu'r Swyddfa Gymreig gynt i fonitro'r NHS yng Nghymru yn ddigonol fel yr oedd y problemau hynny'n datblygu, a hefyd ynglŷn â'r dirywiad a fu yn y berthynas rhwng y Swyddfa Gymreig a gwahanol rannau o'r NHS. Rydym yn falch o glywed am welliannau diweddar yn y maes hwn, a bod y broblem hon yn cael ei datrys bellach. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithio'n agosach gyda chyrrff iechyd ar draws Cymru, gan roi rheolaeth strategol ac arweiniad gwirioneddol i'r gwasanaeth;
- (xii) Ystyriwn fod perfformiad gwael yr ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru yn erbyn eu tri amcan ariannol yn annerbyniol, er y cydnabyddwn mai canlyniad uniongyrchol eu hamgylchedd ariannol oedd hyn. Edrychwn tuag at Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithredu i sicrhau bod ymddiriedolaethau NHS yn gallu cyflawni'r arbedion y proffwydwyd y byddent ar gael yn sgîl ad-drefnu'r ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru, a nodwn ein bwriad i fwrw golwg manwl ar lwyddiant y rhaglen hon maes o law; ac
- (xiii) Anogwn fod proses lymach i'w sefydlu i amcangyfrif y costau a'r arbedion y gellid eu cyflawni drwy ad-drefnu strwythurol yn yr NHS; ac
- (xiv) Rydym yn bryderus iawn ynglŷn â'r perfformiad a gyflawnwyd gan awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru yn erbyn y targed talu'n brydlon. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithredu'n briodol i sicrhau bod pob corff NHS yn cydymffurfio â Chod Ymarfer Cyd-ffederasiwn Diwydiant Prydain ar Dalu Cyflenwyr, gan weithredu yn unol â pholisi'r Llywodraeth yn y cyswllt hwn.

Iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru

- 40. Yn Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol ceid dadansoddiad o'r diffyg ariannol a ddaeth i ran cyrrff NHS yng Nghymru yn 1998-99 rhwng ardal y pum awdurdod iechyd, a dangosai amrywiad eang mewn perfformiad ariannol ⁹⁹. Cyflwynodd y Swyddog Cyfrifol sawl ffactor ger ein bron, ar lefel ardal yr awdurdodau iechyd a hefyd ymysg cyrrff NHS unigol, y credai ef sydd wedi cyfrannu at yr amrywiad hwn.
- 41. Ar lefel ardal yr awdurdodau iechyd, awgrymai fod y ffactorau a ddylanwadai ar berfformiad yn cynnwys y fformiwla dyrannu adnoddau, cyfran y practisiau meddygon teulu sy'n dal cronfa, ac i ba raddau yr oedd pob ardal yn ddibynnol ar wasanaethau a gaffaelid yn allanol. O fewn yr ymddiriedolaethau NHS, roedd ffactorau megis lefel y gystadleuaeth am y gwasanaethau penodol a gynigid a'r cyllid sy'n ofynnol i gynnal swyddogaethau mwy arbenigol rhai ymddiriedolaethau NHS yn cyfrannu'n sylweddol at eu perfformiad ariannol. Awgrymodd Mr Gregory hefyd

⁹⁹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 4.6 a Ffigwr 2

wrthym y gallai ystod o ffactorau personél effeithio hefyd ar berfformiad ardal pob awdurdod iechyd. Mae natur y berthynas waith rhwng yr awdurdod iechyd a'i ymddiriedolaethau NHS lleol, profiadau gwahanol uwch swyddogion ac aelodau'r Bwrdd, ac amrywiadau yn lefel eu hymrwymiad i reolaeth ariannol i gyd yn cyfrannu at y gwahaniaethau mewn perfformiad ariannol yr adroddwyd amdanynt yn ardaloedd y pum awdurdod iechyd ¹⁰⁰.

42. Holodd y Pwyllgor Mr Gregory ymhellach yn fanwl am berfformiad ariannol ardal pob un o'r pum awdurdod iechyd: Dyfed Powys, Bro Taf, Gwent, Iechyd Morgannwg a Gogledd Cymru.

Ardal awdurdod iechyd Dyfed Powys

43. Adroddodd ardal awdurdod iechyd Dyfed Powys fod ganddi ddiffyg net o tua £11.5 miliwn yn 1998-99, a gynrychiolai dros hanner diffyg Cymru-gyfan. Roedd y Swyddfa Gymreig gynt wedi darparu cyfanswm o £12.5 miliwn mewn arian brocera (cyllid tymor byr mewn ymateb i anawsterau llif-arian) i Awdurdod Iechyd Dyfed Powys ¹⁰¹. Wrth ddisgrifio rôl Cyfarwyddiaeth yr NHS yn cefnogi adferiad ariannol Awdurdod Iechyd Dyfed Powys, eglurodd Mr Gregory fod ei benderfyniad i drosglwyddo'r cyllid ychwanegol hwn a oedd yn daladwy i'r ymddiriedolaethau NHS lleol drwy'r Awdurdod Iechyd yn golygu bod yr ymddiriedolaethau NHS yn ddibynnol yn nhermau cyllid ar un tâl-feistr. O ganlyniad, roedd yr ymddiriedolaethau NHS hynny yn parhau i adrodd am sefyllfa ariannol fwy ffafriol, tra bo'r Awdurdod Iechyd yn adrodd am ddiffyg cronodig a oedd yn cynyddu ¹⁰².
44. Wrth grynhoi'r broses adfer ar gyfer ardal Dyfed Powys, dywedodd y Swyddog Cyfrifo y cytunwyd ar Gynllun Adfer rhwng yr Awdurdod Iechyd, Cyfarwyddiaeth yr NHS a phob un o'r Ymddiriedolaethau NHS hyn: Gofal Iechyd Powys, Ceredigion a Chanolbarth Cymru a Sir Benfro a Derwen. Mewn perthynas â'r bedwaredd ymddiriedolaeth, Ymddiriedolaeth NHS Sir Gaerfyrddin, mynegodd Mr Gregory ei amheuan ynglŷn â'r sefyllfa ariannol yr oedd yn ei darogan, a dywedodd wrthym nad oedd yn hyderus fod strategaeth adfer briodol wedi'i dyfeisio eto ¹⁰³.

Ardal awdurdod Iechyd Bro Taf

45. Yn ei Adroddiad, dywedodd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol mai'r darogan oedd y byddai sefyllfa ariannol Awdurdod Iechyd Bro Taf yn dirywio'n ddrwg, gyda diffyg o £6.1 miliwn wedi'i ddarogan am 1999-2000

¹⁰⁰ C30

¹⁰¹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad B, paragraffau B.1 a B.3

¹⁰² C36

¹⁰³ C37

a diffyg sylweddol pellach yn cael ei ddisgwyl yn 2000-01 ¹⁰⁴. Roedd Mr Gregory mewn sefyllfa i roi rhagolygon diwygiedig i ni am 2000-01 a oedd wedi gwella'n sylweddol, gan ostwng y diffyg a broffwydwyd yn wreiddiol o £17.4 miliwn i ddim ond diffyg ymylol am y flwyddyn honno. Roedd hyn yn deillio'n rhannol o gymorth ariannol ychwanegol oddi wrth Gyfarwyddiaeth yr NHS i liniaru pwysau cost penodol. Ymysg y rhain yr oedd swyddogaeth ddysgu Ysbyty Athrofaol Cymru o fewn Ymddiriedolaeth NHS Caerdydd a'r Fro, a'r costau cyfalaf ychwanegol a ddeilliai o Ysbyty Brenhinol newydd Morgannwg ¹⁰⁵.

Ardal awdurdod iechyd Gwent

46. Adroddodd ardal awdurdod iechyd Gwent ddiffyg drwyddo draw o £0.4 miliwn am 1998-99, sef y diffyg isaf o blith ardaloedd y pum awdurdod iechyd yng Nghymru ¹⁰⁶. Dim ond tair ymddiriedolaeth NHS sydd yna yn ardal Gwent, ac awgrymodd Mr Gregory wrthym fod y diffyg cymhlethdod cymharol hwn wedi helpu'r berthynas rhwng yr awdurdod comisiynu a'r ymddiriedolaethau ¹⁰⁷. Dywedodd wrthym i'r ardal wynebu anawsterau ariannol yn y gorffennol, ond y rhoddwyd sylw i'r rhain a'u datrys drwy reolaeth ariannol effeithiol yr ymgwymerwyd â hi mewn partneriaeth rhwng yr amryw gyrff NHS perthnasol. Nododd hefyd i ardal Gwent gael un y cant yn fwy o dwf yn ei chyllid na'i chyd-awdurdod a berfformiodd waethaf, a oedd hefyd wedi cyfrannu at allu'r ardal i ymdopi â phwysau o ran costau ¹⁰⁸.

Ardal awdurdod iechyd Iechyd Morgannwg

47. Mae'r anawsterau ariannol a brofwyd gan ardal yr awdurdod iechyd hwn yn deillio'n bennaf o ddiffygion ariannol mawr cyn-Ymddiriedolaeth NHS Ysbyty Treforys, a ddeuai i gyfanswm o tua £7.2 miliwn ar 31 Mawrth 1999 ¹⁰⁹. Dywedodd Mr Gregory wrthym fod y diffygion hyn wedi eu gostwng yn sylweddol yn ystod blwyddyn ariannol 1999-2000. Credai i arweinyddiaeth graff y tîm rheoli sy'n gweithredu bellach yn sgîl uno'r ymddiriedolaeth gydag Ymddiriedolaeth NHS Abertawe, ynghyd â'r synergedd a ddeilliodd o hynny, wedi chwarae rhan o bwys yn y llwyddiant hwnnw ¹¹⁰.

¹⁰⁴ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad A, paragraff A.2

¹⁰⁵ C41 a 43

¹⁰⁶ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad C, paragraff C.1

¹⁰⁷ C46

¹⁰⁸ C46 a 47

¹⁰⁹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad D, paragraffau D.3 a D.4

¹¹⁰ C49 a 50

Ardal awdurdod iechyd Gogledd Cymru

48. Nododd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol yn ei adroddiad i ardal gogledd Cymru drwyddi draw gofnodi diffyg o £1.8 miliwn yn 1998-99, er mai Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru ei hun oedd yr unig awdurdod i gofnodi gwarged ¹¹¹. Rhoddodd y Swyddog Cyfrifo nifer o resymau inni am sefyllfa ariannol gymharol gryf Awdurdod Iechyd Gogledd Cymru. Er enghraifft, roedd yr ardal yn elwa o'r fformiwla dyrannu adnoddau gyfredol, gyda'r cyllid i'r ardal yn uwch na'r cyfartaledd drwy Gymru. Tynnodd Mr Gregory sylw hefyd at ddiffyg cymhlethdod cymharol yr amgylchedd gofal iechyd yng Ngogledd Cymru, a adlewyrchir yn y system gofal iechyd symlach sy'n ofynnol o'i chymharu, er enghraifft, â sefyllfa de Cymru. Roedd y berthynas rhwng yr awdurdod iechyd a'i amryw ymddiriedolaethau yn gymharol syml ac roedd maes cyfrifoldeb pob ymddiriedolaeth wedi'i ddynodi'n glir, rhywbeth nad yw'n wir am dde Cymru ¹¹². I gloi, dywedodd Mr Gregory fod rheolaeth ariannol o fewn cyrff NHS yr ardal o safon uchel ¹¹³.
49. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ar iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru fel a ganlyn:
- (ix) Nodwn ystod cymhleth y ffactorau sy'n effeithio'n uniongyrchol ar berfformiad ardal pob un o'r pum awdurdod iechyd, a'r cydberthynas rhwng y ffactorau;
 - (x) Cytunwn â Mr Gregory nad yw ynysu'r Ymddiriedolaethau NHS o fewn Dyfed Powys rhag dyledion yr awdurdod iechyd yn ddull effeithiol o reolaeth ariannol. Os digwydd yn y dyfodol bydd ar yr ymddiriedolaethau NHS angen cymorth ariannol ychwanegol oddi wrth y Cynulliad, argymhellwn fod Cyfarwyddiaeth yr NHS yn ystyried yn ofalus ar hyd pa lwybr y dylid cyfeirio cyllid o'r fath, er mwyn sicrhau ei fod yn cael ei ddefnyddio'n effeithiol i'w ddibenion bwriedig, gyda golwg ar yr angen i fod yn dryloyw ac agored;
 - (xi) Tra'r ydym yn nodi'r cynllun adfer bwriedig y cytunwyd arno gydag Awdurdod Iechyd Dyfed Powys a thair o'r pedair ymddiriedolaeth NHS yn yr ardal honno, rydym yn rhannu pryderon Mr Gregory ynglŷn â pherfformiad ariannol Ymddiriedolaeth NHS Sir Gaerfyrddin, yn nhermau ei sefyllfa ariannol gyfredol a hefyd y methiant i gwblhau cynllun adfer y cytunwyd arno ar gyfer yr ymddiriedolaeth honno. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithio'n agos gyda'r ymddiriedolaeth ac Awdurdod Iechyd Dyfed Powys i gywiro unrhyw ddiffygion yn eu Cynllun Adfer ar frys; ac

¹¹¹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, Atodiad E, paragraff E.1

¹¹² C53

¹¹³ C54

- (xii) Rydym o'r farn nad yw'r peirianwaith presennol ar gyfer dyrannu adnoddau mwyach yn fuddiol ac nad yw'n rhoi sylw digonol i'r pwysau amrywiol a gwahanol o ran costau sy'n effeithio ar gyrff NHS ar draws Cymru. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS felly, mewn ymgynghoriad agos â'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, i weithredu'n gyflym ar ganlyniadau'r arolwg o'r fformiwla gyllido sydd ar y gweill ar hyn o bryd a sefydlu system sy'n cydnabod ffactorau o'r fath ac yn rhoi setliadau ariannol blynyddol teg a chyfiawn.

Esgeulustod clinigol

50. Mae Esgeulustod Clinigol yn golygu tor-dyletswydd gan ymarferwyr gofal iechyd wrth iddynt gyflawni eu dyletswyddau yn yr NHS ¹¹⁴. Adroddodd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol i gost uchafswm hawliadau am esgeulustod clinigol drwyddi draw, yn ôl yr amcangyfrif, godi'n sylweddol yn ystod 1998-99, o £145 miliwn i £214 miliwn ar 31 Mawrth 1999 (mae'r amcangyfrif hwn yn cynnwys taliadau tebygol a phosibl) ¹¹⁵. Awgrymodd y Swyddog Cyfrifo wrthym fod y cynnydd hwn i'w briodoli i ddau ffactor: tuedd gynyddol unigolion i hawlio iawn cyfreithiol; a lefelau cynyddol yr iawndal sy'n daladwy mewn achosion o'r fath ¹¹⁶.
51. Cyn dwyn achos cyfreithiol mewn achosion lle'r honnir esgeulustod clinigol, gall cleifion geisio iawn drwy Drefn Gwyno'r NHS ac, os ydynt yn dal yn anfodlon, gallant ddwyn eu cwyn gerbron Ombwdsman y Gwasanaeth Iechyd dros Gymru. Yng ngham olaf y Drefn Gwyno, pan fydd yr achosion hyn yn cael eu hystyried gan banel adolygu annibynnol, dywedodd Mr Gregory mai un gwendid cyffredin a nodir yw ansawdd wael y cyfathrebu rhwng y clinigwr a'r claf. Awgrymodd mai un maen prawf pwysig sy'n effeithio ar benderfyniad unigolion i wneud cais ffurfiol am iawndal yw'r modd yr ymdriniwyd â'r gŵyn, a pha mor agored y buwyd wrth ddadlennu ffeithiau achos y claf iddynt ¹¹⁷.
52. Mae cyswllt agos rhwng mater esgeulustod clinigol a chysyniadau effeithiolrwydd clinigol a llywodraethu clinigol, yng nghyd-destun gwella ansawdd gofal o fewn yr NHS. Amlinellodd Mr Gregory nifer o beirianweithiau sy'n cefnogi'r amcan hwn, gan gynnwys y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol, sydd â'r dasg o adolygu effeithiolrwydd triniaethau newydd a rhai presennol o safbwynt clinigol ac o ran cost, a'r Comisiwn Gwella Iechyd sy'n gyfrifol am yr arolwg ar ansawdd gofal ¹¹⁸. Nododd hefyd fod Cronfa Risg Cymru yn gyfrifol am y

¹¹⁴ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 5.2

¹¹⁵ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 5.4-5.5

¹¹⁶ C55

¹¹⁷ C70 a 71

¹¹⁸ C56

‘Rhwydwaith Rheolwyr Risg’, sydd â chynrychiolwyr o bob corff NHS yng Nghymru ymysg ei aelodaeth, ac sy’n trafod gwelliannau posibl i’r modd y rheolir digwyddiadau ac yn lledaenu enghreifftiau o’r ymarfer gorau ¹¹⁹.

53. Mae Cronfa Risg Cymru hefyd wedi arwain y ffordd yn hyrwyddo gwaith rheoli risg effeithiol ar draws yr NHS yng Nghymru, gan gynnwys cyfres o Safonau Rheoli Risg sy’n berthnasol i awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS fel ei gilydd. Yn 1998-99, fodd bynnag, canfu’r Rheolwr a’r Archwiliwr Cyffredinol mai dim ond deg o’r 21 aelod gorff oedd wedi cyflwyno hunan-asesiad o’u perfformiad yn erbyn y safonau hyn. ¹²⁰
54. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ar fater esgeulustod clinigol fel a ganlyn:
- (vii) Ymddengys i ni fod dau brif faes i ganolbwyntio arnynt wrth reoli nifer cynyddol yr achosion o esgeulustod clinigol yn yr NHS yng Nghymru, a’r gost gynyddol sef: ymdrin yn ddiymdroi ac yn gost-effeithiol â’r hawliadau sy’n disgwyl i gael eu prosesu ar hyn o bryd, ac effeithiolrwydd y dulliau gweithredu ar reoli risg er mwyn atal hawliadau newydd rhag codi yn y lle cyntaf. Rydym o’r farn nad yw Cyfarwyddiaeth yr NHS wedi gwneud cynnydd digonol yn y naill na’r llall o’r meysydd hyn, a phwysleisiwn y potensial i wella drwy ymateb i ganfyddiadau perthnasol y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth Glinigol a’r Comisiwn Gwella Iechyd i’r dyfodol. Argymhellwn yn gryf fod Cyfarwyddiaeth yr NHS yn gweithredu i ganfod a lledaenu enghreifftiau o’r ymarfer gorau mewn rheolaeth ariannol ar draws NHS Cymru;
 - (viii) Rydym yn bryderus iawn i nodi mai dim ond hanner y cyrff NHS yng Nghymru a gyflwynodd hunan-asesiadau, gan adrodd a ydynt yn cydymffurfio â’r Safonau Rheoli Risg, er ein bod yn cydnabod y gallai’r ad-drefnu ar yr ymddiriedolaethau ar y pryd fod wedi effeithio ar lefel yr ymateb; ac
 - (ix) Rydym hefyd o’r farn y gellid ac y dylid gwella’r drefn gwyno ar gyfer cleifion a’u perthnasau os ceir canlyniad clinigol anfoddfaol. Credwn mai cyfathrebu mwy agored a chynharach rhwng clinigwyr a chleifion yw’r allwedd i ddatrys llawer o hawliadau am esgeulustod ac atal yr angen am weithredu cyfreithiol. Dylai mwy o dryloywder wrth ddadlennu manylion meddygol i achwynydd ddod yn drefn safonol ac anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i roi sylw i’r mater hwn yn rhannol drwy newidiadau yn addysg a hyfforddiant staff meddygol.

¹¹⁹ C57

¹²⁰ Adroddiad y Rheolwr a’r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 5.10

Twyll

55. Mae lefel y twyll o fewn yr NHS yn fater o bwys allweddol, gan arwain at golli adnoddau sylweddol y gellid fel arall eu gwario ar ofalu am gleifion. Er bod yna Weithgor Ymladd Twyll, gyda chylch gwaith i ddatblygu strategaeth twyll a lledaenu enghreifftiau o'r ymarfer gorau o ran mynd i'r afael â thwyll ar draws Cymru ¹²¹, cydnabyddai'r Swyddog Cyfrifo nad oedd fawr ddim cynnydd wedi'i wneud o ran rhoi sylw i dwyll yng Nghymru ¹²². Yn 1998-99, dim ond gwerth £102,000 o dwyll a ganfuwyd yng Nghymru; o seilio ffigyrau Cymru ar y twyll a ganfuwyd yn Lloegr yn y flwyddyn honno yng nghyswllt osgoi taliadau presgripsiwn yn unig, byddai amcangyfrif cymesur o dwyll tebygol o'r math hwn yng Nghymru yn rhoi ffigwr o ryw £8-10 miliwn. Dywedodd Mr Gregory wrthym fod lefel y twyll a ganfyddir yn amlwg heb ei llwyr fynegi, ac adlewyrchai'r ffaith nad oedd llawer o waith wedi'i wneud yn y maes hwn hyd yma ¹²³.
56. Dywedodd Mr Gregory wrthym am y trafodaethau a oedd ar y gweill gyda Chyfarwyddiaeth y Gwasanaethau Ymladd Twyll, y corff o fewn Gweithrediaeth yr NHS sy'n gyfrifol am fynd i'r afael â thwyll a llygredigaeth o fewn yr NHS yn Lloegr, a oedd yn ymchwilio i'r posibilrwydd y gellid ymestyn ei gylch gwaith i gynnwys Cymru ¹²⁴. Yn dilyn y gwrandawriad Pwyllgor hwn, mae'r Prif Ysgrifennydd wedi cyhoeddi bod y trafodaethau hynny wedi'u cwblhau, ac y bydd yr NHS yng Nghymru yn cael ei gynnwys yng ngwaith Cyfarwyddiaeth y Gwasanaethau Ymladd Twyll ¹²⁵.
57. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ar fater twyll fel a ganlyn:
- (vii) Rydym yn bryderus iawn ynglŷn â'r diffyg cynnydd hyd yma o ran mynd i'r afael â thwyll yn yr NHS yng Nghymru. Rydym felly yn croesawu'r cyhoeddiad diweddar gan y Prif Ysgrifennydd y bydd y gwaith o fonitro twyll a llygredigaeth o fewn yr NHS yng Nghymru yn dod yn rhan o gylch gwaith estynedig Cyfarwyddiaeth y Gwasanaethau Ymladd Twyll;
 - (viii) Rhyfeddir ni fod lefelau'r twyll a ganfyddir mor isel (£102,000 yn 1998-99; £950,000 (amcangyfrif) yn 1999-2000), a chytunwn â Chyfarwyddiaeth yr NHS nad yw hyn o reidrwydd ond yn cynrychioli elfen fach o'r gwir gyfanswm. Rydym o'r farn fod angen

¹²¹ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraff 5.21

¹²² C72 a 73

¹²³ C74

¹²⁴ C72

¹²⁵ Hysbysiad i'r Wasg (cyfeirnod W00345-hlt) a ryddhawyd gan y Cynulliad 10 Ebrill 2000

gwelliannau sylweddol yn y gwaith o ganfod ac atal twyll. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i fynd i'r afael â'r broblem hon fel mater o frys, ac yn enwedig i ystyried y defnydd posibl o gymhellion "gwario i arbed" a fyddai'n caniatáu i unrhyw arbedion a grëir gael eu rhyddhau'n uniongyrchol ar gyfer gofalu am gleifion; a

- (ix) Sylwn hefyd mai at ofal sylfaenol yn unig y cyfeiriwyd y camau a gymerwyd hyd yma i fynd i'r afael â thwyll, ac mai dim ond yn ddiweddar y mae Gweithgor Ymladd Twyll Cymru-gyfan wedi ystyried mater twyll yn y sector gofal eilaidd. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS hefyd i roi sylw i'r perygl o dwyll yn y sector gofal eilaidd, gan roi sylw dyledus i'r risg gymharol o dwyll sydd ymhlyg yn y sector.

Cost cyffuriau gofal sylfaenol

58. Adroddodd y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol fod cost cyffuriau a roddir ar bresgripsiwn gan feddygon teulu yng Nghymru, a oedd oddeutu £318 miliwn yn 1998-99, wedi codi'n flynyddol ar gyfradd uwch na chwyddiant. Hefyd, mae'r cyfraddau rhoi cyffuriau ar bresgripsiwn yn sylweddol uwch yng Nghymru na Lloegr, hyd yn oed mewn ardaloedd o amddifadiad cymharol ¹²⁶.
59. Dywedodd Mr Gregory wrthym fod y Cynulliad wedi bod yn ceisio rheoli'r costau hyn, gan gynnwys gwneud hynny drwy benodi 'Grŵp Gorchwyl a Gorfffen' a sefydlwyd yn ddiweddar i ystyried faint o le sydd yna i wella effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd rhoi presgripsiynau yng Nghymru. Mae'r Grŵp hwn i fod i roi adroddiad ar ei ganfyddiadau ym Mehefin 2000, a disgwylir iddo gynhyrchu strategaeth i ddelio â'r mater hwn dros y tair i'r pedair blynedd nesaf ¹²⁷.
60. Mae ein prif ganfyddiadau, casgliadau ac argymhellion ar fater cost cyffuriau gofal sylfaenol fel a ganlyn:
- (v) Nodwn y codiadau mawr diweddar yng nghost cyffuriau gofal sylfaenol, a chydnabyddwn y camau a gymerwyd gan Gyfarwyddiaeth yr NHS i liniaru hyn, gan gynnwys penodi'r Grŵp Gorchwyl a Gorfffen. Argymhellwn yn gryf fod canfyddiadau'r Grŵp yn cael eu hadolygu fel mater o flaenoriaeth a, lle bo hynny'n briodol, eu rhoi ar waith gan Gyfarwyddiaeth yr NHS ar y cyfle cyntaf posibl; a
- (vi) Mae opsiynau eraill ar gael hefyd i fynd i'r afael â chostau cynyddol cyffuriau gofal sylfaenol, ac anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i ddatblygu strategaeth gydlynus, a fydd yn cynnwys ystyried materion megis gwneud mwy o ddefnydd o gyffuriau generig, ailddatblygiadau

¹²⁶ Adroddiad y Rheolwr a'r Archwiliwr Cyffredinol, paragraffau 8.2 i 8.4

¹²⁷ C84 ac 85

cyd-fformiwlâu, cynlluniau cymhellion o ran presgripsiynau a pha mor gyffredin yw rhoi ail-bresgripsiynau.

Crynodeb o'r Argymhellion

61. Yng ngoleuni ein canfyddiadau a'n casgliadau, gwnawn yr argymhellion isod:

Ar iechyd ariannol yr NHS yng Nghymru drwyddo draw

- (xxiv) Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithio'n agosach gyda chyrrff iechyd ar draws Cymru, gan roi rheolaeth strategol ac arweiniad gwirioneddol i'r gwasanaeth;
- (xxv) Edrychwn tuag at Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithredu i sicrhau bod ymddiriedolaethau NHS yn gallu cyflawni'r arbedion y proffwydwyd y byddent ar gael yn sgîl ad-drefnu'r ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru, a nodwn ein bwriad i fwrw golwg manwl ar lwyddiant y rhaglen hon maes o law;
- (xxvi) Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithredu'n briodol i sicrhau bod pob corff NHS yn cydymffurfio â Chod Ymarfer Cyd-ffederasiwn Diwydiant Prydain ar Dalu Cyflenwyr, gan weithredu yn unol â pholisi'r Llywodraeth yn y cyswllt hwn;

Ar iechyd ariannol ardaloedd pum awdurdod iechyd Cymru

- (xxvii) Os digwydd yn y dyfodol y bydd ar ymddiriedolaethau NHS angen cymorth ariannol ychwanegol oddi wrth y Cynulliad, argymhellwn fod Cyfarwyddiaeth yr NHS yn ystyried sianelu'r gefnogaeth honno yn uniongyrchol i'r ymddiriedolaethau dan sylw;
- (xxviii) Yng nghyswllt Ymddiriedolaeth NHS Sir Gaerfyrddin, a'i hanawsterau ariannol ar hyn o bryd, anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i weithio'n agos gyda'r ymddiriedolaeth ac Awdurdod Iechyd Dyfed Powys i gywiro unrhyw ddiffygion yn eu Cynllun Adfer yn enwedig o safbwynt lefel y realaeth yn y Cynllun a sicrhau bod gwasanaethau i gleifion yn cael eu gwarchod;
- (xxix) Nid yw'r peirianwaith presennol ar gyfer dyrannu adnoddau mwyach yn fuddiol ac nid yw'n rhoi sylw digonol i'r pwysau amrywiol a gwahanol o ran costau sy'n effeithio ar gyrff NHS ar draws Cymru. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS felly, mewn ymgynghoriad agos â'r Pwyllgor Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, i weithredu'n gyflym ar ganlyniadau arolwg y fformiwla gyllido sydd ar y gweill ar hyn o bryd a sefydlu system sy'n cydnabod ffactorau o'r fath ac yn rhoi setliadau ariannol blyneddol teg a chyfiawn;

Ar esgeulustod clinigol

- (xxx) O safbwynt rheoli esgeulustod clinigol gan yr NHS yng Nghymru, argymhellwn yn gryf fod Cyfarwyddiaeth yr NHS yn gweithredu i ganfod a lledaenu enghreifftiau o'r ymarfer gorau mewn rheolaeth ariannol ar draws NHS Cymru;
- (xxxi) Dylai mwy o dryloywder wrth ddadlennu manylion meddygol i achwynydd ddod yn drefn safonol. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i roi sylw i'r mater hwn yn rhannol drwy newidiadau yn addysg a hyfforddiant staff meddygol ac i gymryd rôl arweiniol yn y gwaith o ddatblygu diwylliant o fod yn agored a chyfathrebu'n dda;

Ar dwyll

- (xxxii) Nid yw cost lawn twyll yn yr NHS yng Nghymru yn hysbys, ac mae angen gwelliannau sylweddol o ran canfod ac atal twyll. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i fynd i'r afael â'r broblem hon fel mater o frys, ac yn enwedig i ystyried y defnydd posibl o gymhellion "gwario i arbed" a fyddai'n caniatáu i unrhyw arbedion a grëir gael eu rhyddhau'n uniongyrchol ar gyfer gofalu am gleifion;
- (xxxiii) Hyd yma, canolbwyntiwyd yn bennaf ar y sector gofal sylfaenol wrth fynd i'r afael â thwyll. Anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i roi sylw hefyd i'r perygl o dwyll yn y sector gofal eilaidd, gan roi sylw dyledus i'r risg gymharol o dwyll sydd ymhlyg yn y sector;

Ar gost cyffuriau gofal sylfaenol

- (xxxiv) Cydnabyddwn fod yr NHS yn cymryd camau i reoli cost gynyddol cyffuriau gofal sylfaenol. Mae'r Grŵp Gorchwyl a Gorffen yn ymchwilio i'r maes hwn, ac argymhellwn yn gryf fod canfyddiadau'r Grŵp yn cael eu hadolygu fel mater o flaenoriaeth a, lle bo hynny'n briodol, eu rhoi ar waith gan Gyfarwyddiaeth yr NHS ar y cyfle cyntaf posibl;
- (xii) Mae opsiynau eraill ar gael hefyd i fynd i'r afael â chostau cynyddol cyffuriau gofal sylfaenol, ac anogwn Gyfarwyddiaeth yr NHS i ddatblygu strategaeth gydlynus, a fydd yn cynnwys ystyried materion megis gwneud mwy o ddefnydd o gyffuriau generig, ailddatblygiadau cyd-fformiwlâu, cynlluniau cymhellion o ran presgripsiynau a pha mor gyffredin yw rhoi ail-bresgripsiynau.

Crynodeb

- 62. Y Gwasanaeth Iechyd Gwladol yn ein sefydliad mwyaf gwerthfawr. Mae ei enw da wedi dioddef dros y blynyddoedd diwethaf, ac mae hyn i'w briodoli i raddau sylweddol i'w berfformiad ariannol gwael. Ni ellir caniatáu i hyn barhau.

63. Rhaid i'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol ailadeiladu ei enw da drwy gyflwyno safonau gofal iechyd uchel i bobl Cymru o fewn yr adnoddau a roddir iddo gan y Cynulliad Cenedlaethol. Anogwn Gyfarwyddiaeth NHS y Cynulliad felly a rheolwyr y gwasanaeth iechyd, clinigwyr a staff i wneud popeth a allant i hyrwyddo rheolaeth ariannol dda, gan gynnwys cymryd camau mwy rhagweithiol i leihau lefel yr achosion o esgeulusod glinigol a'u cost, gostwng lefel twyll, a sicrhau gwerth am arian. Yn arbennig, disgwyliwn weld diwedd buan ar y cylch parhaus o ddiffygion ariannol yr adroddwyd amdanynt gan awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS dros y blynyddoedd diwethaf.
-

[Atodiad A

Ceir cofnod dwyethog o drafodion y pwyllgorau Saesneg yr adroddiad (Atodiad A)

**Gwybodaeth oddi wrth Gyfarwyddwr NHS - Cymru y Cynulliad ar fater
cyfatebu data rhwng yr NHS a'r Adran Nawdd Cymdeithasol**

Pwyllgor Archwilio- 6 Ebrill 2000

**Pwyntiau Gweithredu sy'n deillio o sesiwn dystiolaeth Cyfarwyddwr NHS
Cymru**

Cynigiodd Mr Gregory ysgrifennu at y Pwyllgor Archwilio yn ymateb i gwestiwn Lorraine Barrett AC ynghylch a oedd Gweithgor Atal Twyll Cymru-gyfan wedi mynd i'r afael â'r mater o gydweddu data rhwng yr NHS a chronfeydd data'r Adran Nawdd Cymdeithasol, er enghraifft. Yr oedd hefyd am wybod yr anawsterau ymarferol a allai godi.

Sylwer y byddai'r nodyn yn cael ei gynnwys fel atodiad i adroddiad y Pwyllgor.

Nid yw'r Gweithgor Atal Twyll wedi mynd i'r afael â'r mater hyd yma. Fodd bynnag, mae'n agwedd bwysig o'r gwaith y mae'r Cynulliad yn disgwyl i'r gwasanaeth gweithredol atal twyll (GGAT) newydd ei gyflawni. Mae cyswllt newydd i'w sefydlu rhwng Cymru a Lloegr i atal twyll yn yr NHS, gyda Chymru yn dod yn bartner yn y gwasanaeth atal twyll sydd eisoes yn bodoli yn Lloegr. Bydd cydweithio â'r GGAT yn darparu gwasanaeth cynhwysfawr sy'n ymestyn i'r sectorau sylfaenol ac eilaidd fel ei gilydd. Caiff trefniadau eu gwneud i sicrhau trefniadau adrodd priodol i'r NHS yng Nghymru a'r Cynulliad Cenedlaethol.

Mae'r gwasanaeth atal twyll hwn wedi bodoli yn Lloegr ers mis Ebrill 1999, ac mae eisoes wedi cytuno ar y protocolau angenrheidiol gyda'r Adran Nawdd Cymdeithasol (ANC). Mae trafodaethau yn mynd rhagddynt gydag Adran Cyllid y Wlad hefyd ynghylch trefniadau tebyg am gymhwyster ar gyfer Credyd Treth Teuluoedd sy'n Gweithio.

Drwy gyfryngau electronig yn unig y gall gwiriadau o'r fath gael eu gwneud yn gost-ffeithiol. Bwriedir cyflwyno gwiriadau gyda'r Adran Nawdd Cymdeithasol ynghylch dilysrwydd presgripsiynau di-dâl ar ôl i Awdurdod Iechyd Bro Taf gyflwyno ffordd electronig newydd o sganio presgripsiynau. Maent yn gyfrifol am gyfrifo taliadau i fferyllwyr a gwirio'r holl bresgripsiynau yng Nghymru.

Bydd angen i'r Cynulliad roi'r ddeddfwriaeth angenrheidiol ar waith i roi effaith i'r gosb, yn rhannol ar y cyd â'r Adran Iechyd. Os oes rhywun yn hawlio presgripsiwn di-dâl drwy dwyll, mae Deddf Iechyd 1999 yn pennu cosb sy'n gyfwerth â'r tâl sy'n ddyledus ar y presgripsiwn ynghyd â chosb sydd bum gwaith yn fwy na'r taliad presgripsiwn sy'n ddyledus - gydag uchafswm o £100. Gellir cynyddu'r gosb 50% os

na thelir y gosb o fewn 28 diwrnod. Mae posibilrwydd y codir costau ychwanegol os oes rhaid mynd â'r achos gerbron llys i gael yr arian.

Mae cosbau eraill yn bodoli, a gyfrifir mewn ffordd debyg, mewn perthynas â hawlio drwy dwyll esemptiad rhag costau deintyddol neu hawlio drwy dwyll am fudd-dâl mewn perthynas â gwasanaethau optegol. Unwaith y daw'r ddeddfwriaeth i rym yng Nghymru, bydd rhwydd hynt i'r Cynulliad Cenedlaethol bennu lefel wahanol o gosb na'r gwledydd cartref eraill, er y byddai'n dda o beth arfer cysondeb ar draws yr NHS a'r DU. Gellir ystyried y mater hwn unwaith y cyflwynir is-ddeddfwriaeth ynghylch cosbau.

Ceir peth pryder y gall gwiriadau electronig yr Adran Nawdd Cymdeithasol neu Adran Cyllid y Wlad fod yn groes i'r Ddeddf Diogelu Data oni bai fod y presgripsiwn neu'r ffurflen arall ar gyfer hawlio esemptiad yn nodi'n benodol y gall y gwiriadau hyn gael eu gwneud. Caiff y mater hwn ei ystyried gan yr Adran Iechyd ac efallai y bydd angen ail-gynllunio'r wybodaeth ar gefn y ffurflenni perthnasol. Ateb posibl yw bod lle ar bob ffurflen i gleifion roi caniatâd i wiriadau gael eu gwneud.

Atodiad C

**Llythyron at y Pwyllgor oddi wrth Syr John Bourn, Archwiliwr Cyffredinol
Cymru, ar esgeulustod clinigol.**

**Nid yw'r llythyr yn Atodiad C ar gael yn Gymraeg. Gweler fersiwn Saesneg yr
Adroddiad.**

Y PWYLLGOR ARCHWILIO

Mae pwyllgor Archwilio'r Cynulliad Cenedlaethol yn sicrhau bod gwariant y Cynulliad yn cael ei archwilio'n gywir ac yn drylwyr. Yn fras, rôl y Pwyllgor Archwilio fydd yw ymchwilio i'r adroddiadau ar gyfrifon y Cynulliad a chyrrff cyhoeddus eraill a baratowyd gan Archwilydd Cyffredinol Cymru ac ystyried adroddiadau gan Archwilydd Cyffredinol Cymru ar ymchwiliadau i ddarbodaeth, effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd y Cynulliad wrth ddefnyddio'i adnoddau i gyflawni ei swyddogaethau. Nodir cyfrifoldebau'r Pwyllgor Archwilio yn fanwl yn Rheol Sefydlog 12.

Dyma aelodaeth y Pwyllgor a benodwyd ar 5 Ebrill 2000:

Cadeirydd: Janet Davies (Plaid Cymru)
Peter Black (Democrat Rhyddfrydol)
Alan Cairns (Ceidwadwr)
Geraint Davies (Plaid Cymru)
Brian Gibbons (Llafur)

Alison Halford (Llafur)

Dafydd Wigley (Plaid Cymru)
Christine Chapman (Llafur)
Alun Pugh (Llafur)

Bu Christine Chapman ac Alun Pugh yn aelodau o'r pwyllgor rhwng 23 Mehefin, 1999 a 5 Ebrill, 2000

Gellir cael gwybodaeth bellach am y Pwyllgor gan:

Andrew George
Clerc y Pwyllgor Archwilio
Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Bae Caerdydd
CF99 1NA
Ffôn: 02920 898155
E-bost: audit.comm@wales.gsi.gov.uk