

Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Pwyllgor Archwilio

The National Assembly for Wales
Audit Committee

Amseroedd Aros y GIG yng Nghymru
NHS Waiting Times in Wales

Cwestiynau 229-329
Questions 229-329

Dydd Iau, 3 March 2005

Thursday, 3 March 2005

Aelodau Cynulliad yn bresennol: Janet Davies (Cadeirydd), Leighton Andrews, Mick Bates, Alun Cairns, Jocelyn Davies, Mark Isherwood, Irene James, Carl Sargeant, Catherine Thomas.

Swyddogion yn bresennol: Syr John Bourn, Archwilydd Cyffredinol Cymru; Gillian Body, Swyddfa Archwilio Genedlaethol Cymru; David Powell, Swyddog Cydymffurfio, Cynulliad Cenedlaethol Cymru.

Tystion: Geoff Lang, Prif Weithredwr, Bwrdd Iechyd Lleol Wrecsam; Jane Perrin, Prif Weithredwr, Ymddiriedolaeth GIG Abertawe; Bernadine Rees, Prif Weithredwr, Bwrdd Iechyd Lleol Sir Benfro; Hugh Ross, Prif Weithredwr, Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a'r Fro; Paul Williams, Prif Weithredwr, Ymddiriedolaeth GIG Bro Morgannwg.

Assembly Members present: Janet Davies (Chair), Leighton Andrews, Mick Bates, Alun Cairns, Jocelyn Davies, Mark Isherwood, Irene James, Carl Sargeant, Catherine Thomas.

Officials present: Sir John Bourn, Auditor General for Wales; Gillian Body, National Audit Office Wales; David Powell, Compliance Officer, National Assembly for Wales.

Witnesses: Geoff Lang, Chief Executive, Wrexham Local Health Board; Jane Perrin, Chief Executive, Swansea NHS Trust; Bernadine Rees, Chief Executive, Pembrokeshire Local Health Board; Hugh Ross, Chief Executive, Cardiff and Vale NHS Trust; Paul Williams, Chief Executive, Bro Morgannwg NHS Trust.

*Dechreuodd y cyfarfod am 9.33 a.m.
The meeting began at 9.33 a.m.*

[229] **Janet Davies:** Good morning. I welcome committee members, witnesses and members of the public to this meeting of the Audit Committee in Swansea.

I remind everyone that the committee operates bilingually and that headsets are available for translation of Welsh into English, and also to amplify the sound.

I remind everyone to switch off their mobile telephones, pagers, and any other electronic equipment, as they interfere with the translation and broadcasting equipment.

If we have to leave the room in an emergency, please leave by the nearest exit and follow the ushers' directions.

[229] **Janet Davies:** Bore da a chroeso i aelodau'r pwyllgor, y tystion, a'r cyhoedd i'r cyfarfod hwn o'r Pwyllgor Archwilio yn Abertawe.

Yr wyf yn atgoffa pawb fod y pwyllgor yn gweithredu'n ddwyieithog a bod clustffonau ar gael ar gyfer cyfieithu o'r Gymraeg i'r Saesneg, a hefyd i gynyddu'r sain.

Yr wyf yn atgoffa pawb i ddiffodd eu ffonau symudol, galwyr, ac unrhyw ddyfais electronig arall, gan eu bod yn ymyrryd ar yr offer cyfieithu a darlledu.

Os bydd angen gadael yr ystafell mewn argyfwng, dylid ymadael drwy ddefnyddio'r drws agosaf a dilyn cyfarwyddyd y tywyswyr.

In an attempt to increase the awareness of, and access to, the committee, we are meeting in Swansea today, rather than in Cardiff. I feel that it is important for the Audit Committee to meet away from Cardiff occasionally. As someone who represents Swansea, among other areas, I am pleased that we could come to Swansea.

We have received apologies from Denise Idris Jones. I also welcome members from Audit Scotland. Barbara Hirst, Angela Cullen and Neil Craig are here with us, and it is nice to see them.

I now ask Members whether they have any declarations of interest. I see that there are none.

Before asking the witnesses to introduce themselves, I remind the committee that this is the last meeting of the Audit Committee at which Sir John Bourn will be present as Auditor General for Wales. We have been fortunate over nearly six years to have Sir John setting the scene for audit in Wales. He introduced us to a rigorous and searching line of inquiry on every subject that we have had. I know that we will all miss him very much, although we will also be welcoming Mr Jeremy Colman in April. Thank you, Sir John.

Sir John Bourn: Thank you, Chair.

[230] **Janet Davies:** I ask the two witnesses present to introduce themselves.

Ms Rees: I am Bernadine Rees, chief executive of Pembrokeshire Local Health Board.

Mr Lang: I am Geoff Lang, chief executive of Wrexham Local Health Board.

Mewn ymgais i gynyddu ymwybyddiaeth o'r pwyllgor a mynediad iddo, yr ydym yn cyfarfod yn Abertawe heddiw, yn hytrach na Chaerdydd. Teimlaf ei bod yn bwysig i'r Pwyllgor Archwilio gyfarfod i ffwrdd o Gaerdydd o bryd i'w gilydd. Fel rhywun sy'n cynrychioli Abertawe, ymhlith ardaloedd eraill, yr wyf yn falch iawn ein bod wedi gallu dod i Abertawe.

Yr ydym wedi derbyn ymddiheuriadau gan Denise Idris Jones. Yr wyf hefyd yn croesawu aelodau o Audit Scotland. Mae Barbara Hirst, Angela Cullen a Neil Craig yma gyda ni, ac mae'n bleser eu gweld i gyd.

Gofynnaf i'r Aelodau a oes ganddynt unrhyw ddatganiadau o fuddiannau. Gwelaf nad oes ganddynt.

Cyn gofyn i'r tystion gyflwyno eu hunain, yr wyf yn atgoffa pawb mai dyma gyfarfod olaf Syr John Bourn ar y Pwyllgor Archwilio fel Archwilydd Cyffredinol Cymru. Yr ydym wedi bod yn ffodus dros ben am bron i chwe blynedd i gael Syr Jon yn arwain y maes archwilio yng Nghymru. Cyflwynodd ni i ddull ymchwilio cadarn a thrwyadl ar bob pwnc yr ydym wedi'i drafod. Gwn y byddwn i gyd yn ei golli'n fawr, er y byddwn hefyd yn croesawu Mr Jeremy Colman fis Ebrill. Diolch, Syr John.

Syr John Bourn: Diolch, Gadeirydd.

[230] **Janet Davies:** Gofynnaf i'r ddau dyst sy'n bresennol i gyflwyno eu hunain.

Ms Rees: Fi yw Bernadine Rees, prif weithredwr Bwrdd Iechyd Lleol Sir Benfro.

Mr Lang: Fi yw Geoff Lang, prif weithredwr Bwrdd Iechyd Lleol Wrecsam.

[231] **Janet Davies:** Thank you very much. As you know, we are taking evidence on the 'NHS Waiting Times in Wales' report, and this is the third of three oral evidence-taking sessions on this report, which is considerably longer than the reports that we normally consider. So, we will be taking evidence from the local health boards first, and then, probably after coffee, from some NHS trusts. I will start by asking the first questions, which will be quite general. I will make sure, as I hope will other Members, that you know which parts of the report we are going through. As we have two hefty volumes, it is difficult to work out where you are sometimes. I ask for your answers to be as focused as possible, because the report is very long. Perhaps you would like to decide which of your answers first. However, unless someone says differently, the questions are addressed to you both.

First, I would like to ask a fairly general question. The NHS in Wales has consistently failed to meet Assembly waiting time targets. Can you explain what responsibility and accountability your particular local health boards have for waiting times?

Mr Lang: In terms of the responsibility of local health boards, clearly, we are held to account by Welsh Assembly Government officials in terms of delivering against the performance targets that are set out for us annually in the context of a clear financial allocation. Our challenge is to commission services that balance the financial resource with the aspirations to improve the quality of service and access to services, particularly access times in terms of waiting lists.

[231] **Janet Davies:** Diolch yn fawr. Fel y gwyddoch, yr ydym yn cymryd tystiolaeth ar adroddiad 'Amseroedd Aros y GIG yng Nghymru', a hon yw'r drydedd o dair sesiwn cymryd tystiolaeth lafar ar yr adroddiad hwn, sy'n llawer hwy na'r adroddiadau yr ydym yn eu trafod fel arfer. Felly, byddwn yn cymryd tystiolaeth gan y byrddau iechyd lleol yn gyntaf, ac yna, ar ôl coffi mae'n debyg, gan rai ymddiriedolaethau GIG. Yr wyf am ddechrau drwy ofyn y cwestiynau cyntaf, a fydd yn eithaf cyffredinol. Byddaf yn sicrhau, fel y bydd Aelodau eraill yn ei wneud gobeithio, eich bod yn gwybod pa rannau o'r adroddiad yr ydym yn eu trafod. Gan fod gennym ddwy gyfrol swmpus, mae'n anodd gwybod lle yr ydych o bryd i'w gilydd. Gofynnaf i chi gadw mor agos â phosibl at y mater yn eich ateb, oherwydd bod yr adroddiad yn hir iawn. Efallai yr hoffech ddewis pwy sy'n ateb gyntaf. Fodd bynnag, oni bai bod rhywun yn dweud yn wahanol, gofynnir y cwestiynau i'r ddau ohonoch.

Yn gyntaf, yr wyf am ofyn cwestiwn eithaf cyffredinol. Mae'r GIG yng Nghymru yn gyson wedi methu â bodloni targedau amseroedd aros y Cynulliad. A allwch egluro pa gyfrifoldeb ac atebolrwydd sydd gan eich byrddau iechyd lleol penodol o ran amseroedd aros?

Mr Lang: O ran cyfrifoldeb y byrddau iechyd lleol, yn amlwg, yr ydym yn atebol i swyddogion Llywodraeth Cynulliad Cymru o ran cyflawni yn erbyn y targedau perfformiad a bennir i ni yn flynyddol yng nghyd-destun dyraniad ariannol clir. Ein her yw comisiynu gwasanaethau sy'n cydbwysu'r adnoddau ariannol gyda'r dyheadau i wella ansawdd gwasanaeth a mynediad i wasanaethau, yn arbennig amseroedd mynediad o ran rhestrau aros.

Ms Rees: I would only add that our accountability is to break even. So, within our financial situation, we have to meet the targets and break even.

[232] **Janet Davies:** Right, thank you.

[233] **Jocelyn Davies:** I wish to ask a supplementary to that. Are you accountable to the public?

Mr Lang: Yes. We have to demonstrate public accountability in terms of the decisions that we make and report to the public in terms of our performance and our use of resources. That performance management accountability is very much backed through the Welsh Assembly Government.

[234] **Janet Davies:** We see that there is regional variation in waiting times per head of the population. Can you tell me why it is so acute in different health boards? If you look at figure 16 on page 29 of volume 1, you will see this demonstrated fairly clearly.

Mr Lang: Perhaps I could comment first. In terms of regional variation rather than individual local health board variation, the regional variation is very much a reflection of former health authorities and the work that they did. Certainly, the report identifies, for example, that the north Wales area has some lower waiting times than other parts of Wales. That is a reflection of the fact that health boards in north Wales commission a lot of services in England as well as in Wales and, as a result, they have had a consistent focus on comparing waiting times over many years. Therefore, the boards have invested to try to achieve equity between residents who are accessing services in Wales and in England over a long period. So, part of it is about history, and part of it is about the way in which resources

Ms Rees: Yr wyf ond am ychwanegu mai'n cyfrifoldeb ni yw adennill costau. Felly, yn ein sefyllfa ariannol, mae'n rhaid i ni fodloni'r targedau ac adennill costau.

[232] **Janet Davies:** Iawn, diolch.

[233] **Jocelyn Davies:** Yr wyf am ofyn cwestiwn atodol i hynny. A ydych yn atebol i'r cyhoedd?

Mr Lang: Ydym. Mae'n rhaid i ni ddangos atebolrwydd cyhoeddus o ran y penderfyniadau yr ydym yn eu gwneud ac adrodd i'r cyhoedd ar ein perfformiad a'n defnydd o adnoddau. Mae'r atebolrwydd rheoli perfformiad hwn yn cael ei gefnogi drwy Lywodraeth Cynulliad Cymru.

[234] **Janet Davies:** Yr ydym yn gweld bod amrywiad rhanbarthol mewn amseroedd amser y pen o'r boblogaeth. A allwch ddweud wrthyf pam mae hyn mor ddifrifol mewn gwahanol fyrddau iechyd? Os edrychwch ar ffigur 16 ar dudalen 29 cyfrol 1, byddwch yn gweld bod hyn yn cael ei amlygu'n eithaf clir.

Mr Lang: Efallai y gallaf wneud sylw i ddechrau. O ran amrywiad rhanbarthol yn hytrach nag amrywiad byrddau iechyd lleol unigol, mae'r amrywiad rhanbarthol yn adlewyrchiad o gyn awdurdodau iechyd a'r gwaith a wnaethant. Yn sicr, mae'r adroddiad yn nodi, er enghraifft, bod ardal y Gogledd wedi cael amseroedd aros is na rhannau eraill o Gymru. Mae hynny'n adlewyrchu'r ffaith bod byrddau iechyd yn y Gogledd yn comisiynu llawer o wasanaethau yn Lloegr yn ogystal ag yng Nghymru ac, o ganlyniad, maent wedi canolbwyntio'n gyson ar gymharu amseroedd aros dros sawl blwyddyn. Felly, mae'r byrddau wedi buddsoddi i geisio sicrhau tegwch rhwng preswylwyr sy'n defnyddio gwasanaethau yng Nghymru ac yn Lloegr dros gyfnod hir. Felly,

have been deployed in the past. The other dimension that affects trusts—and our colleagues may comment on this later in terms of north Wales—is the element of competition and the need to continue to attract referrals, in that, if referrals change and access times go up and general practitioners from England do not refer patients to hospitals in Wales for whatever reason, those hospitals lose resources. That is a real financial burden that they have to manage. Therefore there has been an incentive for trusts as well to keep their waiting lists as low as possible, and comparable with those of colleagues in England. So, from a north Wales context, that has always been a historic driver.

[235] **Janet Davies:** I will come back to you in a minute, Ms Rees.

So, are you saying, Mr Lang, that competition is not helpful in achieving your targets?

Mr Lang: It has been helpful in the north Wales context, because there is a need to continue to attract the referrals and to ensure that patient flows remain consistent. Trusts have then had to focus on delivering waiting times, as have commissioners who wanted to deliver equity for residents. So, it has proved helpful and has maintained a sharp focus. Over the last couple of years, the differences in waiting times have grown considerably as the pace of change in England has accelerated, and commissioners in north Wales have not had the resources to be able to keep up with that pace against other priorities set by the Welsh Assembly Government.

mae rhan ohonno'n ymwneud â hanes, a rhan yn ymwneud â'r ffordd y defnyddiwyd adnoddau yn y gorffennol. Dimensiwn arall sy'n effeithio ar ymddiriedolaethau—ac efallai y bydd ein cydweithwyr am roi sylwadau ar hyn yn ddiweddarach o ran y Gogledd—yw'r elfen o'r gystadleuaeth a'r angen i barhau i ddenu cyfeiriadau, o ran, os yw cyfeiriadau yn newid ac amseroedd aros yn cynyddu ac nad yw meddygon teulu o Loegr yn cyfeirio cleifion at ysbytai yng Nghymru am ba bynnag reswm, mae'r ysbytai hynny'n colli adnoddau. Mae hynny'n faich ariannol gwirioneddol sydd yn rhaid iddynt ei reoli. Felly cafwyd cymhelliant i ymddiriedolaethau hefyd gadw eu rhestrau aros mor isel â phosibl, ac yn debyg i rai cydweithwyr yn Lloegr. Felly, yng nghyd-destun y Gogledd, mae hynny wedi bod yn rym hanesyddol erioed.

[235] **Janet Davies:** Deuaf yn ôl atoch mewn munud, Ms Rees.

Felly, a ydych yn dweud, Mr Lang, nad yw cystadleuaeth o gymorth i gyflawni'ch targedau?

Mr Lang: Mae wedi bod o gymorth yng nghyd-destun y Gogledd, oherwydd bod angen parhau i ddenu'r cyfeiriadau a sicrhau bod llif cleifion yn parhau'n gyson. Bu'n rhaid i ymddiriedolaethau wedi hynny ganolbwyntio ar fodloni amseroedd aros, yn union fel comisiynwyr a oedd am sicrhau tegwch i breswylwyr. Felly, mae wedi bod o gymorth ac wedi cynnal ffocws clir. Yn ystod yr ychydig flynyddoedd diwethaf, mae'r gwahaniaethau mewn amseroedd aros wedi cynyddu'n sylweddol wrth i'r newid yn Lloegr gyflymu, ac nid yw comisiynwyr yn y Gogledd wedi cael yr adnoddau i allu cadw i fyny â'r cyflymdra hwnnw yn erbyn blaenoriaethau eraill a osodir gan Lywodraeth Cynulliad Cymru.

Ms Rees: In many ways, from the Pembrokeshire point of view, it is history again. As the committee is aware, local health boards were set up two years ago, and we were commissioning at a 'steady state', which meant that we did not really make inroads into commissioning until up to 12 months or 18 months. The period that the audit report covers takes us to May 2004, by which time we were beginning to have information on the LHB position to enable us to be more proactive in terms of commissioning.

[236] **Janet Davies:** Of course, in Pembrokeshire, you are in a situation very different from north-east Wales, are you not?

Ms Rees: Yes, we are, but we still have our tensions and our difficulties in Pembrokeshire. Dyfed has three district general hospitals, and we commission separately. We need to be considering using the audit report as a platform to commission differently, safely and with quality from a wider perspective.

[237] **Catherine Thomas:** Moving to volume 2, I refer to paragraph 2.3 and paragraphs 2.10 to 2.12, which deal with the increasing demand for out-patient services, and the role of LHBs in managing that demand. We see that increasing demand for out-patient services as a key driver of long waiting times. With regard to your LHB, do you feel that it is working effectively with trusts to manage demand, particularly for out-patient services?

Ms Rees: Mewn sawl ffordd, o safbwynt sir Benfro, mae hanes yn cael ei ailadrodd. Fel y gwyr y pwyllgor, sefydlwyd byrddau iechyd lleol ddwy flynedd yn ôl, ac yr oeddem yn comisiynu ar 'gyflwr sefydlog' a oedd yn golygu nad oeddem yn cychwyn comisiynu tan 12 mis neu 18 mis. Mae'r cyfnod y mae'r adroddiad archwilio yn ei drafod yn mynd â ni i fis Mai 2004, ac erbyn hynny yr oeddem yn dechrau cael gwybodaeth am sefyllfa'r BILl i'n galluogi i fod yn fwy rhagweithiol o ran comisiynu.

[236] **Janet Davies:** Wrth gwrs, yn sir Benfro, yr ydych mewn sefyllfa wahanol iawn i'r Gogledd-ddwyrain, onid ydych?

Ms Rees: Ydym, yr ydym, ond mae gennym ein tensiynau a'n hanawsterau o hyd yn sir Benfro. Mae tri ysbyty cyffredinol dosbarth yn Nyfed, ac yr ydym yn comisiynu ar wahân. Mae angen i ni ystyried defnyddio'r adroddiad archwilio fel llwyfan i gomisiynu'n wahanol, yn ddiogel a chydag ansawdd o safbwynt ehangach.

[237] **Catherine Thomas:** Gan symud at gyfrol 2, cyfeirïaf at baragraff 2.3 a pharagraffau 2.10 i 2.12, sy'n delio â'r galw cynyddol am wasanaethau cleifion allanol, a swyddogaeth y BILlau wrth reoli'r galw hwnnw. Yr ydym yn gweld y galw cynyddol am wasanaethau cleifion allanol fel un o achosion allweddol amseroedd aros. O ran eich BILl, a ydych yn teimlo ei fod yn gweithio'n effeithiol gydag ymddiriedolaethau i reoli'r galw hwnnw, yn arbennig ar gyfer gwasanaethau cleifion allanol?

Ms Rees: We have certainly started to make inroads. Demand management is not an overnight solution; there needs to be investment, and we need to address particular issues regarding the unravelling of information to make sure that we know what the demands and referrals are made up of. Currently, and during the time to which this report refers, almost the only alternative for most general practitioners was referring patients to secondary care. In putting in alternative services and developing pathways, investment is required as well as re-routing. We need to have the appropriate professionals able to treat appropriately along the pathway, and the acute provider is almost the last source for the individual to be able to access out-patient care.

Mr Lang: What Bernie has outlined is entirely correct, and the other challenge that we have is reshaping the system so that clinicians in every part of the system, whether they be general practitioners, nurses or other professionals working in primary care, through to consultants working in specialist care, see themselves as part of that system. Wherever the patient needs to be, to access care, there needs to be a clinical pyramid focused on delivering for patients, rather than elements of the system looking at their individual responsibility. For example, if I were a general practitioner, I might see my responsibility as being in primary care, whereas it is not: it is in primary care and also right along the whole pathway to and from the consultant. Similarly, consultants need to view their role as providing advice outwards to primary care and intermediate settings so that, if a patient needs access to a consultant's expertise, that need not always be in a consultation room. That can be provided through a clinical network and a communication channel with other practitioners. That change of approach and philosophy is one that we have to foster and work with.

Ms Rees: Yr ydym yn sicr wedi dechrau ennill tir. Nid yw rheoli'r galw yn ateb dros nos; mae angen buddsoddiad, ac mae angen i ni fynd i'r afael â materion penodol o ran datrys gwybodaeth i sicrhau ein bod yn gwybod beth sy'n gysylltiedig â'r gofynion a'r cyfeiriadau. Ar hyn o bryd, ac yn ystod y cyfnod y mae'r adroddiad hwn yn cyfeirio ato, yr unig opsiwn arall bron iawn i'r mwyafrif o feddygon teulu oedd cyfeirio cleifion i ofal eilaidd. Wrth gyflwyno gwasanaethau amgen a datblygu llwybrau, mae angen buddsoddiad yn ogystal ag ail-lwybro. Mae arnom angen y gweithwyr proffesiynol priodol sy'n gallu trin yn briodol ar hyd y llwybr, a'r darparwr aciwt yw'r ffynhonnell olaf bron iawn i'r unigolyn allu cael mynediad i ofal cleifion allanol.

Mr Lang: Mae'r hyn y mae Bernie wedi'i amlinellu yn hollol gywir, a'r her arall sy'n ein hwynebu yw ail-lunio'r system i sicrhau bod clinigwyr ym mhob rhan o'r system, boed yn feddygon teulu, yn nyrsys neu'n weithwyr proffesiynol eraill sy'n gweithio mewn gofal sylfaenol, i feddygon ymgynghorol sy'n gweithio mewn gofal arbenigol, yn ystyried eu hunain yn rhan o'r system honno. Ble bynnag y mae angen i'r cleifion fod, i gael mynediad i ofal, mae angen pyramid clinigol sy'n canolbwyntio ar ddarparu i gleifion, yn hytrach nag elfennau o'r system yn edrych ar eu cyfrifoldebau unigol. Er enghraifft, pe bawn i yn feddyg teulu, efallai y byddwn yn ystyried mai gofal sylfaenol fyddai fy nghyfrifoldeb, ond nid yw hynny'n wir: mae mewn gofal sylfaenol a hefyd ar hyd y llwybr i ac o'r meddyg ymgynghorol. Yn yr un modd, mae angen i feddygon ymgynghorol ystyried mai eu swyddogaeth yw darparu cyngor i'r tu allan i ganolfannau gofal sylfaenol a chanolraddol er mwyn sicrhau, os oes angen barn arbenigol meddyg ymgynghorol ar glaf, nid oes yn rhaid i hynny fod mewn ystafell ymgynghori bob tro. Gellir darparu hynny drwy rwydwaith clinigol a

[238] **Catherine Thomas:** Do you feel that your LHB is doing enough to ensure that it has the information needed to effectively monitor GP referral patterns?

Mr Lang: We are working to improve the information that we have. At the moment, we have fairly crude information that will tell us the rate of referrals from any particular general practice group—which may be one general practitioner or it may be up to seven, eight or nine of them if they are in a partnership—to a specialty in a hospital. We can map that over time. It is crude, but it tells whether, for example, in general surgery, the referral rate is rising or not. What it does not tell us is what is being referred, namely the clinical analysis within that and the reasons for the referral. Referrals may be because a general practitioner's background, training and clinical experience means that he or she is not particularly equipped to deal with certain conditions. General practitioners are not homogenous beings; they all have different competencies and skills according to their training and background, so, whereas a general practitioner in one practice may refer a particular case, another general practitioner may feel totally confident and competent to deal with it. That is not a criticism of that doctor; it is a reflection of how doctors are trained and the way in which they work. We need to understand what drives the decision at the individual doctor level. That is what we do not currently have; we have it at practice level, but we do not have it at doctor level. We are working to improve the information, but it will require some investment and it needs better information systems than we currently have.

sianel gyfathrebu gydag ymarferwyr eraill. Mae'r newid dull ac athroniaeth hwnnw yn un y mae'n rhaid i ni ei feithrin a gweithio gydag ef.

[238] **Catherine Thomas:** A ydych yn credu bod eich BILl yn gwneud digon i sicrhau bod ganddo'r wybodaeth sydd ei angen arno i fonitro patrymau cyfeirio meddygon teulu yn effeithiol?

Mr Lang: Yr ydym yn gweithio i wella'r wybodaeth sydd gennym. Ar hyn o bryd, mae gennym wybodaeth eithaf bras a fydd yn dweud wrthym y gyfradd gyfeiriadau gan unrhyw grwp ymarfer cyffredinol penodol—a allai fod yn un meddyg teulu neu a allai fod hyd at saith, wyth neu naw ohonynt os ydynt mewn partneriaeth—i adran arbenigol mewn ysbyty. Gallwn weld y patrwm hwn dros amser. Mae'n fras, ond mae'n dweud a yw, er enghraifft, y gyfradd gyfeirio mewn llawfeddygaeth gyffredinol yn codi ai peidio. Yr hyn nad yw'n ei ddweud wrthym yw'r hyn sy'n cael ei gyfeirio, sef y dadansoddiad clinigol o fewn hynny a'r rhesymau dros y cyfeirio. Gall cyfeiriadau ddigwydd oherwydd bod cefndir, hyfforddiant a phrofiad clinigol meddyg teulu yn golygu nad yw'n gymwys i ddelio â chyflyrau penodol. Nid yw meddygon teulu i gyd yr un fath; mae ganddynt i gyd wahanol alluoedd a sgiliau yn dibynnu ar eu hyfforddiant a'u cefndiroedd, felly, lle gallai meddyg teulu gyfeirio achos penodol, gallai meddyg teulu arall fod yn hollol hyderus a chymwys i ddelio â'r achos. Nid lladd ar y meddyg yr ydym yma; mae'n adlewyrchu'r ffordd y mae meddygon yn cael eu hyfforddi a'r ffordd y maent yn gweithio. Mae angen i ni ddeall yr hyn sydd wrth wraidd y penderfyniad gan y meddyg unigol. Nid ydym yn gwneud hyn ar hyn o bryd; mae'n digwydd ar lefel ymarfer, ond nid yw'n digwydd ar lefel meddyg. Yr ydym yn gweithio i wella'r wybodaeth, ond bydd gofyn am fuddsoddiad ac mae angen gwell systemau gwybodaeth na'r hyn sydd gennym ar hyn o bryd.

[239] **Catherine Thomas:** That ties in with my next question, namely, have you implemented any mechanisms to provide feedback to GPs on the quality of their referrals?

Ms Rees: Yes. We use a GP commissioning group and we look at this service by service. However, a couple of things means that it is not as smooth as we would like it to be: first, public acceptance that there is an alternative to secondary care; and, secondly, the fact that it is much easier for GPs to refer into secondary care than it is for us to provide alternatives. The information is sketchy and, as Geoff alluded to, being able to analyse the information will take some time and resource in terms of looking at how we do that. We also need to be able to benchmark each GP so that you almost have some peer management around how you use particular parts of pathways, and that requires clinical leadership from the acute sector and from our GP colleagues.

[240] **Catherine Thomas:** I will move on to paragraphs 3.3, 3.4 and 4.48, which look at the main causes of long in-patient, day-case waiting times. A review into the split between elective and emergency surgery provision in Carmarthenshire is taking place at the moment. What are you doing, in relation to your LHB, to ensure that emergency pressures do not impact on elective surgery rates?

[239] **Catherine Thomas:** Mae hynny'n ymwneud â'm cwestiwn nesaf, sef, a ydych wedi gweithredu unrhyw fecanweithiau i roi ymateb i feddygon teulu ar ansawdd eu cyfeiriadau?

Ms Rees: Ydym. Yr ydym yn defnyddio grwp comisiynu meddygon teulu ac yr ydym yn edrych ar hyn fesul gwasanaeth. Fodd bynnag, mae ambell beth yn golygu nad yw mor rhwydd ag yr hoffem iddo fod: yn gyntaf, y cyhoedd yn derbyn bod opsiwn arall yn hytrach na gofal eilaidd; ac, yn ail, y ffaith ei bod yn llawer haws i feddygon teulu gyfeirio at ofal eilaidd nag ydyw i ni ddarparu opsiynau eraill. Mae'r wybodaeth yn fras ac, fel y soniodd Geoff, bydd angen llawer o amser ac adnoddau i allu dadansoddi'r wybodaeth o ran edrych ar sut yr ydym yn gwneud hynny. Mae hefyd angen i ni allu meincnodi pob meddyg teulu fel bod gennyh reolaeth gan gydweithwyr bron iawn ynghylch sut i ddefnyddio rhannau penodol o lwybrau, ac mae hynny'n gofyn am arweiniad clinigol gan y sector aciwt a gan ein cydweithwyr sy'n feddygon teulu.

[240] **Catherine Thomas:** Yr wyf am symud ymlaen at baragraffau 3.3, 3.4 a 4.48, sy'n edrych ar brif achosion amseroedd aros achosion dydd, cleifion mewnol hir. Mae adolygiad o'r rhaniad rhwng darpariaeth llawdriniaeth ddewisol a brys yn sir Gaerfyrddin ar y gweill ar hyn o bryd. Beth yr ydych yn ei wneud, o ran eich BILl, i sicrhau nad yw pwysau brys yn effeithio ar gyfraddau llawdriniaethau brys?

Mr Lang: Perhaps I could comment in terms of work that we are undertaking in our area. We have put in place a range of activities, services and initiatives aimed at managing emergency demand or urgent care need more appropriately. That involves using initiatives such as rapid-response teams, where you will have nursing and other clinical professionals—teams are able to assess a patient and support them in their own home or residential setting, rather than admitting them to hospital. We have looked, with our trust, at refocusing the way in which it is assessed, on their arrival, as to whether patients need to be admitted to hospital. So, for example, two years ago, a patient who presented with a suspected deep vein thrombosis would have gone straight into a medical ward, but that is now dealt with on an out-patient basis; they are diagnosed, treated and managed in the community. Likewise with patients who may have chest pain: many can be diagnosed and managed on an out-patient basis rather than being admitted to hospital. There is a range of initiatives of that nature and they are about looking at the patient's needs, asking where they can be managed and do they actually have to go into an acute hospital ward. Quite a lot of work on initiatives is going on around Wales, and we have checked with colleagues on similar kinds of things. I am sure that Bernadine can give examples of similar things that are ongoing in her patch.

Mr Lang: Efallai y gallwn wneud sylw ar y gwaith yr ydym yn ei wneud yn ein hardal. Yr ydym wedi rhoi amrywiaeth o weithgareddau, gwasanaethau a mentrau ar waith sydd â'r nod o reoli galw brys neu anghenion gofal brys yn fwy priodol. Mae hynny'n golygu defnyddio mentrau fel timau ymateb cyflym, lle y bydd nyrsys a gweithwyr clinigol proffesiynol eraill—mae timau yn gallu asesu cleifion a'u cynorthwyo yn eu cartrefi eu hunain neu mewn lleoliad preswyl, yn hytrach na'u hanfon i'r ysbyty. Yr ydym wedi edrych, gyda'n hymddiriedolaeth, ar newid pwyslais y ffordd y mae'n cael ei asesu, wrth eu derbyn, o ran a oes angen anfon cleifion i'r ysbyty. Felly, er enghraifft, ddwy flynedd yn ôl, byddai claf y tybiwyd bod ganddo thrombosis gwythiennau dwfn wedi cael ei anfon yn syth i ward feddygol, ond byddai'n cael ei drin fel claf allanol erbyn hyn; maent yn cael eu diagnosio, eu trin a'u rheoli yn y gymuned. Mae'r un peth yn digwydd gyda chleifion a allai fod yn dioddef poenau yn eu brest: gellir diagnosio a rheoli llawer fel cleifion allanol yn hytrach na'u hanfon i'r ysbyty. Mae amrywiaeth o fentrau tebyg ac maent yn ymwneud ag edrych ar anghenion y cleifion, gofyn lle y gellir eu rheoli ac a oes yn rhaid iddynt fynd i ward ysbyty aciwt mewn gwirionedd. Mae cryn dipyn o waith yn cael ei wneud ar fentrau ledled Cymru, ac yr ydym wedi gwirio pethau tebyg gyda chydweithwyr. Yr wyf yn sicr y gall Bernadine roi enghreifftiau i chi o bethau tebyg sy'n digwydd yn ei hardal.

Ms Rees: Not to use the same examples, but on a strategic level, in terms of operational management within the trust, we are introducing benchmarking exercises that monitor lengths of stay. Pembrokeshire is very fortunate—it has a hospital at home, we have a joint discharge team with the local authority and we can move our delayed-transfers-of-care services fairly quickly. We are only really hampered by patient choice—that is the main barrier to delayed transfers of care in Pembrokeshire. This is almost a three-pronged attack, because what you are talking about is demand management creating huge emergency capacity issues in all of our general hospitals. If you look at it from a policy point of view, you have the wellbeing element of it, which will take longer to kick in, the demand management, which we have already talked about, and protecting elective capacity, which will be difficult while we have this surge in emergency admissions. However, in Pembrokeshire, our emergency admissions have decreased because of some of the initiatives to which Geoff and I have alluded.

[241] **Catherine Thomas:** Finally, how can you ensure that providers deliver commissioned volumes of elective work, based on what you have just said?

Ms Rees: We must move away from what we have dealt with historically, which is the long-term agreement against a financial amount. We must commission, both in the long-term and the short-term, to unravel some of the difficulties identified in the report. We should be commissioning on pathways and on outputs, so we should be looking at outcomes. I believe that the year ahead will be tremendously challenging, given the financial allocation. There will be a position where we talk about decommissioning, given the amounts of money that we have all been allocated across Wales. There are things

Ms Rees: Rhag defnyddio'r un enghreifftiau, ond ar lefel strategol, o ran rheoli gweithredol o fewn yr ymddiriedolaeth, yr ydym yn cyflwyno ymarferion meincnodi sy'n monitro hyd cyfnodau aros. Mae sir Benfro yn ffodus iawn—mae ganddi ysbyty gartref, mae gennym dîm rhyddhau o'r ysbyty ar y cyd gyda'r awdurdod lleol a gallwn symud ein gwasanaethau ar gyfer oedi wrth drosglwyddo gofal yn eithaf cyflym. Yr unig beth sy'n ein rhwystro yw dewis cleifion—dyna'r prif rwystr i oedi wrth drosglwyddo gofal yn sir Benfro. Mae hwn yn ddull triphlyg i bob pwrpas, oherwydd yr hyn yr ydych yn ei drafod yw rheoli galw yn creu problemau gallu brys enfawr yn ein holl ysbytai cyffredinol. Os edrychwch ar y sefyllfa o safbwynt polisi, mae gennych yr elfen les, a fydd yn cymryd rhagor o amser i fod yn effeithiol, rheoli'r galw, yr ydym wedi ei drafod yn barod, a diogelu'r gallu i ddewis, a fydd yn anodd pan fo gennym y cynnydd hwn mewn derbyniadau brys. Fodd bynnag, yn sir Benfro, mae ein derbyniadau brys wedi gostwng oherwydd rhai o'r mentrau y cyfeiriodd Geoff a minnau atynt.

[241] **Catherine Thomas:** I gloi, sut y gallwch sicrhau bod darparwyr yn cyflawni gwaith dewisol ar lefel wedi'i gomisiynu, ar sail yr hyn yr ydych newydd ei ddweud?

Ms Rees: Mae'n rhaid i ni symud i ffwrdd o'r hyn yr ydym wedi bod yn ei wneud yn hanesyddol, sef y cytundeb hirdymor yn ôl swm ariannol. Mae'n rhaid i ni gomisiynu, yn yr hirdymor ac yn y tymor byr, i ddatrys rhai o'r anawsterau a nodwyd yn yr adroddiad. Dylem fod yn comisiynu ynghylch llwybrau ac ar allbwn, felly dylem fod yn edrych ar ganlyniadau. Credaf y bydd y flwyddyn nesaf yn un llawn her, o ystyried y dyraniad ariannol. Bydd sefyllfa lle y byddwn yn siarad am ddadgomisiynu, o ystyried y symiau o arian sydd wedi'u dyrannu ledled Cymru. Mae pethau nad

that do not require money, which call for clinical and managerial leadership. However, the bottom line is that we have a great deal of work to do with patients and clinicians to work through what are appropriate pathways of care delivered by the appropriate professionals. I am very sorry, but it will take time to work through those pathways. There will be no overnight solution, and the financial challenge that we face will hinder some of this work.

Mr Lang: I will briefly add to that in terms of the very specific issue of elective surgery and how we try to ensure that that is delivered. Over the last couple of years, Welsh Assembly Government policy has moved forward in terms of performance management and the clarity that is now expected from NHS organisations, the planned workload that will take place, its profiling, and how it is monitored and managed throughout the system. We have an important part to play in ensuring that our plans with trusts are clear and realistic, and that they take account of the pressures in the system. We must also hold trusts to account in terms of delivering that activity. A couple of years ago, we would simply have had an agreement with a trust that said, 'You will do 2,000 operations this year in a particular speciality', but we are now in a position where that is profiled by month according to when that activity should take place. The impact on the waiting list is profiled by month, and we have a far more dynamic and assertive management of that situation. You asked how we ensure that that takes place, and the answer is that we have mechanisms to that end. Ultimately, we rely on efficient and effective management within trusts, and we work closely with our colleagues to ensure that that happens, but we are improving the mechanisms to ensure that we can hold trusts to account.

oes angen arian amdanynt, sy'n gofyn am arweiniad clinigol a rheolaethol. Fodd bynnag, diwedd y gân yw bod gennym lawer o waith i'w wneud gyda chleifion a chlinigwyr i weithio drwy'r hyn sy'n llwybrau gofal priodol a ddarperir gan weithwyr proffesiynol priodol. Mae'n ddrwg iawn gennyf, ond bydd yn cymryd amser i weithio drwy'r llwybrau hynny. Ni fydd ateb dros nos, a bydd yr her ariannol sy'n ein hwynebu yn rhwystro rhywfaint ar y gwaith hwn.

Mr Lang: Yr wyf am ychwanegu'n gryno at hynny ynghylch y mater penodol iawn o lawdriniaeth ddewisol a sut yr ydym yn ceisio sicrhau bod hynny'n cael ei gyflawni. Yn ystod y blynyddoedd diwethaf, mae polisi Llywodraeth Cynulliad Cymru wedi symud ymlaen o ran rheoli perfformiad a'r eglurder a ddisgwylir bellach gan sefydliadau GIG, y llwyth gwaith arfaethedig, ei broffilio, a sut y bydd yn cael ei fonitro a'i reoli ledled y system. Mae gennym ran bwysig i'w chwarae i sicrhau bod ein cynlluniau gydag ymddiriedolaethau yn glir ac yn realistig, a'u bod yn ystyried y pwysau yn y system. Mae'n rhaid i ni hefyd sicrhau bod yr ymddiriedolaethau yn atebol o ran cyflawni'r gweithgarwch hwnnw. Rai blynyddoedd yn ôl, byddem wedi cael cytundeb gydag ymddiriedolaeth a fyddai'n dweud, 'Byddwch yn cynnal 2,000 o lawdriniaethau eleni mewn maes arbenigol penodol', ond yr ydym mewn sefyllfa'n awr lle mae hyn yn cael ei broffilio bob mis yn ôl pryd y dylid cynnal y gweithgarwch hwnnw. Mae'r effaith ar y rhestr aros yn cael ei phroffilio fesul mis, ac yr ydym yn rheoli'r sefyllfa honno yn llawer mwy deinamig a phendant. Bu i chi ofyn sut yr ydym yn sicrhau bod hynny'n digwydd, a'r ateb yw bod gennym fecanweithiau i wneud hynny. Yn y pen draw, yr ydym yn dibynnu ar reolaeth effeithlon ac effeithiol o fewn ymddiriedolaethau, ac yr ydym yn gweithio'n agos gyda'n cydweithwyr i sicrhau bod hynny'n

digwydd, ond yr ydym yn gwella'r mecanweithiau i sicrhau bod yr ymddiriedolaethau'n atebol.

[242] **Alun Cairns:** What sanctions can you take have against trusts if they do not fulfill their obligations under those agreements?

Mr Lang: Ultimately, we can take the resources and commission services elsewhere.

[243] **Alun Cairns:** Bearing in mind the lack of capacity within the system, how realistic is that, and are trusts aware of it? Effectively, what sanctions do you have?

Mr Lang: They are aware of it. There are options in terms of capacity in the system. Depending on which service you are looking at, it can be a problem, but if we take surgical services, for some fairly routine operative procedures, there are alternatives. They may be in the private sector, or in my context, they may be over the border in England, and those are options that we can use. We try to work with the trust to improve performance so that we do not reach that situation, because it is destabilising for the patients—they do not particularly like being referred to one hospital, only to be moved somewhere else for surgery. That is not ideal and is very much a second-choice option for us. However, we do have the ability, and we are charged with the accountability, of delivering for patients. If that means moving services, ultimately, as commissioners, that is something we have to do.

[242] **Alun Cairns:** Pa gosbau y gallwch eu defnyddio gydag ymddiriedolaethau os nad ydynt yn diwallu eu hymrwymadau dan y cytundebau hynny?

Mr Lang: Yn y pen draw, gallwn fynd â'r adnoddau a chomisiynu gwasanaethau i fannau eraill.

[243] **Alun Cairns:** O gofio'r diffyg capasiti o fewn y system, pa mor realistig yw hynny, ac a yw ymddiriedolaethau'n ymwybodol o hynny? Pa gosbau, yn bôn, sydd gennych?

Mr Lang: Maent yn ymwybodol o hynny. Mae opsiynau o ran capasiti yn y system. Yn dibynnu ar ba wasanaeth yr ydych yn edrych arno, gall fod yn broblem, ond o edrych ar wasanaethau llawfeddygol, ar gyfer rhai gweithdrefnau llawdriniaeth gymharol reolaidd, mae opsiynau eraill ar gael. Hwyrach eu bod yn y sector preifat, neu yn fy nghyd-destun innau, hwyrach eu bod dros y ffin yn Lloegr, ac mae'r rheini yn opsiynau y gallwn eu defnyddio. Yr ydym yn ceisio gweithio gyda'r ymddiriedolaeth i wella perfformiad fel na fyddwn yn cyrraedd y sefyllfa honno, oherwydd ei bod yn ansefydlogi'r cleifion—nid ydynt yn or-hoff o gael eu cyfeirio at un ysbyty, dim ond iddynt gael eu symud i rywle arall am lawdriniaeth. Nid yw hynny'n ddelfrydol a dim ond ail ddewis ydyw i ni. Fodd bynnag, mae gennym y gallu i ddarparu ar gyfer cleifion, a ni sy'n atebol am hynny. Os yw hynny'n golygu symud gwasanaethau, yn y pen draw, fel comisiynwyr, mae'n rhywbeth sydd yn rhaid i ni ei wneud.

[244] **Alun Cairns:** Thank you, Mr Lang. Mrs Rees, can I ask you the same question? In Pembrokeshire, you are clearly in a different position as you are not close to the English border. What sanctions do you have?

Ms Rees: We have the same ones, actually. We would decommission and, in all probability, we will look at that over the next few months. What it does for Dyfed is to cause difficulties to some of the smaller providers, but I think that that is the only way we have to go now for the future. We are commissioning on outcomes, and we have to make it clear to our providers that we will be buying the outcomes that are in the best interests of the patients.

[245] **Alun Cairns:** To go back to the chart that the Chair highlighted at the outset, which shows the areas with the longest waiting times in local health board areas, the options in south Wales—Pembrokeshire is slightly different—are pretty limited. If you are looking to commission in other south Wales trusts, lack of capacity is a serious problem. So, is that an effective sanction?

Ms Rees: I think that, from the patient's point of view, it is effective because it is the outcome that we are commissioning for the patients. It may cause political fallout in terms of what we do to providers—small providers, in particular—but I think that we can return some core activity to local providers that will release capacity in bigger tertiary centres. The future is in a clinical services strategy that can be commissioned at appropriate levels, in appropriate areas. We are currently talking about how the system is, but we are going to be commissioning on a new system.

[244] **Alun Cairns:** Diolch, Mr Lang. Mrs Rees, a gaf fi ofyn yr un cwestiwn i chi? Yn sir Benfro, yr ydych yn amlwg mewn sefyllfa wahanol oherwydd nad ydych yn agos i ffin Lloegr. Pa gosbau sydd gennych?

Ms Rees: Mae gennym yr un rhai mewn gwirionedd. Byddem yn dadgomisiynu, a'r tebygolrwydd yw y byddwn yn edrych ar hynny yn ystod y misoedd nesaf. Mae'n achosi problemau yn Nyfed i rai o'r darparwyr llai, ond credaf mai dyna'r unig ffordd sydd gennym yn awr ar gyfer y dyfodol. Yr ydym yn comisiynu yn ôl canlyniadau, ac mae'n rhaid i ni egluro i'n darparwyr y byddwn yn prynu'r canlyniadau sydd fwyaf buddiol ar gyfer y cleifion.

[245] **Alun Cairns:** I fynd yn ôl at y siart y bu i'r Cadeirydd ei grybwyll yn y dechrau, sy'n dangos yr ardaloedd gyda'r amseroedd aros hiraf mewn ardaloedd byrddau iechyd lleol, mae'r opsiynau yn y De—mae sir Benfro ychydig yn wahanol—yn eithaf cyfyngedig. Os ydych yn meddwl comisiynu ymddiriedolaethau eraill yn y De, mae diffyg capasiti'n broblem ddifrifol. Felly, a yw hynny'n gosb effeithiol?

Ms Rees: Credaf, o safbwynt y cleifion, ei fod yn effeithiol oherwydd mai dyma'r canlyniad yr ydym yn ei gomisiynu ar gyfer y cleifion. Gall arwain at anghydweld gwleidyddol o ran yr hyn yr ydym yn ei wneud i ddarparwyr—darparwyr bach, yn benodol—ond credaf y gallwn ddychwelyd rhywfaint o weithgarwch craidd i ddarparwyr lleol a fydd yn rhyddhau'r capasiti mewn canolfannau trydyddol mwy. Mae'r dyfodol yn gofyn am strategaeth gwasanaethau clinigol y gellir ei chomisiynu ar lefelau priodol, mewn ardaloedd priodol. Ar hyn o bryd yr ydym yn pwyso a mesur y system, ond byddwn yn comisiynu ar system newydd.

[246] **Jocelyn Davies:** Just to clear up this point, paragraph 4.11 of the Auditor General's report states that most local health boards have not developed incentives or sanctions. It would appear, therefore, Mr Lang, that your experience is exceptional, would it not?

Mr Lang: The question that I responded to was: what sanctions are available. I think that very limited use is made of those sanctions at present. Sanctions are there as part of the governance arrangements that we have in local health boards. The point that the Auditor General has drawn to our attention is that the use of those sanctions—and actually managing their consequences—has been very limited. I would agree with his comment.

[247] **Jocelyn Davies:** Ms Rees, would you agree?

Ms Rees: Yes, certainly, but we are talking about the past, whereas Geoff and I are actually representing the future.

[248] **Jocelyn Davies:** I just wanted to clear up the point that sanctions or incentives are very rarely used. The implication then is that local health boards are simply provider funders.

Mr Lang: I would say that the use of incentives has been greater, particularly in my own experience, in terms of delivery of the waiting lists. What we have tried to do is to put together plans with trusts that include an incentive—if clinicians engage and bring down waiting lists, we deliver other improvements around the system. For example, rather than purely looking at waiting-list initiatives to bring things down, we have looked at the sustainable development of services alongside the initiatives. So, if you like, the deal is that, if we can do the short-term

[246] **Jocelyn Davies:** Er mwyn egluro'r pwynt hwn, mae paragraff 4.11 yn adroddiad yr Archwilydd Cyffredinol yn nodi nad yw'r mwyafrif o fyrddau iechyd lleol wedi datblygu cymhellion neu gosbau. Ymddengys, felly, Mr Lang, fod eich profiad yn un eithriadol, onid ydyw?

Mr Lang: Y cwestiwn a atebais oedd: pa gosbau sydd ar gael. Credaf nad oes llawer o ddefnydd yn cael ei wneud o'r cosbau hynny ar hyn o bryd. Mae cosbau ar gael fel rhan o'r trefniadau llywodraethu sydd ar waith mewn byrddau iechyd lleol. Y pwynt y mae'r Archwilydd Cyffredinol wedi'i ddwyn i'n sylw yw bod y defnydd o'r cosbau hynny—a rheoli eu canlyniadau mewn gwirionedd—wedi bod yn gyfyngedig iawn. Byddwn yn cytuno â'i sylw.

[247] **Jocelyn Davies:** Ms Rees, a fydddech yn cytuno?

Ms Rees: Byddwn, yn sicr, ond yr ydym yn siarad am y gorffennol, tra bod Geoff a minnau'n cynrychioli'r dyfodol mewn gwirionedd.

[248] **Jocelyn Davies:** Yr oeddwn am gael cadarnhad ynghylch y pwynt nad yw cosbau neu gymhellion yn cael eu defnyddio'n aml. Mae hyn yn awgrymu mai cyllidwyr darparwyr yn unig yw byrddau iechyd lleol.

Mr Lang: Byddwn yn dweud y bu mwy o ddefnydd o gymhellion, yn arbennig yn fy mhrofiad i, o ran cyflawni'r rhestrau aros. Yr hyn yr ydym wedi ceisio'i wneud yw llunio cynlluniau gydag ymddiriedolaethau sy'n cynnwys cymhelliad—os yw clinigwyr yn cyfrannu ac yn gostwng rhestrau aros, yr ydym yn cyflawni gwelliannau eraill o gwmpas y system. Er enghraifft, yn hytrach nag edrych ar fentrau rhestrau aros i ddod ag amseroedd i lawr yn unig, yr ydym wedi edrych ar ddatblygiad cynaliadwy gwasanaethau law yn llaw â'r

work, we will invest for the long term. Clinicians and services will get a better infrastructure for the future that will allow us to continue that work. So, we have used some incentives in that way. The sanctions side of it, I think, is probably under-developed.

[249] **Jocelyn Davies:** Is it better to use incentives rather than sanctions?

Mr Lang: I believe so, but there is a place for both. Ultimately, we have to ensure that there is effective use of resources and good performance delivery and if, for whatever reason, an organisation cannot deal with that, our duty is to the patient—to get the best service for the patient—which might mean a sanction against an organisation.

[250] **Janet Davies:** I will follow up on that point. It seems to me that you can have a very difficult situation, with quite a lot of tensions. Would you recognise that there may be some contradiction between achieving short-term outcomes for the patient and ensuring, as you say, the sustainable viability of your particular hospitals in the health service in your area? There may be some contradiction there—if you pool money into one, perhaps by commissioning private care somewhere, that does not help the system that you need to strengthen.

mentrau. Felly, os dymunwch, yr hyn a fydd yn digwydd, os gallwn wneud y gwaith tymor byr, yw y byddwn yn buddsoddi ar gyfer yr hirdymor. Bydd clinigwyr a gwasanaethau yn cael gwell seilwaith ar gyfer y dyfodol a fydd yn ein galluogi i barhau â'r gwaith hwnnw. Felly, yr ydym wedi defnyddio rhai cymhellion yn y ffordd honno. Nid yw'r elfen gosbau, credaf, wedi'i datblygu'n ddigonol.

[249] **Jocelyn Davies:** A yw'n well defnyddio cymhellion yn hytrach na chosbau?

Mr Lang: Ydy yn fy marn i, ond mae lle i'r ddau. Yn y pen draw, mae'n rhaid i ni sicrhau bod adnoddau'n cael eu defnyddio'n effeithiol a darpariaeth perfformiad da ac os, am ba bynnag reswm, na all sefydliad ddelio â hynny, mae ein dyletswydd ni i'r claf—i gael y gwasanaeth gorau ar gyfer y claf—a allai olygu cosb yn erbyn sefydliad.

[250] **Janet Davies:** Yr wyf am ddilyn y pwynt hwnnw. Ymddengys i mi y bydd gennych sefyllfa anodd iawn, gyda llawer o densiwn. A fyddech yn cydnabod bod rhywfaint o wrth-ddweud rhwng cyflawni canlyniadau tymor byr ar gyfer y claf a sicrhau, fel y dywedaso, ddilysrwydd cynaliadwy eich ysbytai penodol yn y gwasanaeth iechyd yn eich ardal? Efallai bod rhywfaint o wrth-ddweud yno—os ydych yn cyfuno arian i un, efallai drwy gomisiynu gofal preifat yn rhywle, nid yw hynny'n cynorthwyo'r system y mae angen i chi ei chryfhau.

Mr Lang: Absolutely. One has to be mindful of the way in which short-term means are engaged. There is a place for engaging the private sector or NHS services on a short-term basis, but we have perhaps lacked a short-term approach in the context of a long-term direction, so that you are planning both bits at the same time. We have tended to have a short-term target with a short-term resource, and therefore you deal with the short term. For example, leading up to 31 March, you will see that the pattern is that waiting lists always drop, and in April they bounce back up again, because the short-term resource has run out, the short-term plan has finished, and the long-term provision is not in place. So it is about getting both together. They both have a place, and it is important that they are seen in context.

[251] **Mark Isherwood:** I refer you to paragraphs 3.33 and 3.35 in relation to delayed transfers of care, which are highlighted as one of the key factors leading to inefficient use of hospital capacity, and indicating a quarter of a million bed days lost as a consequence each year. Could each of you answer, in respect of your own areas, what you believe to be the causes of these delays, and the impact on your area, particularly in relation to waiting times, and what you think should be done to tackle this problem?

Mr Lang: Yn sicr. Rhaid cofio'r ffordd y defnyddir y modd tymor byr. Mae lle i gynnwys y sector preifat neu wasanaethau'r GIG ar sail tymor byr, ond efallai i ni fod â diffyg dull tymor byr yng nghyd-destun cyfeiriad hirdymor, a'ch bod felly'n cynllunio ar gyfer y ddwy elfen ar yr un pryd. Yr ydym wedi tueddu i osod targed tymor byr gydag adnoddau tymor byr, ac felly yr ydych yn ymdrin â'r tymor byr. Er enghraifft, wrth agosáu at 31 Mawrth, byddwch yn gweld bod amseroedd amser yn gostwng bob tro, ac maent yn codi eto ym mis Ebrill, oherwydd bod yr adnoddau tymor byr wedi dod i ben, mae'r cynllun tymor byr wedi gorffen, ac nid yw'r ddarpariaeth hirdymor ar waith. Felly mae'n rhaid dod â'r ddau at ei gilydd. Mae lle i'r ddau, ac mae'n bwysig eu hystyried yn eu cyd-destun.

[251] **Mark Isherwood:** Yr wyf yn cyfeirio at baragraffau 3.33 a 3.35 mewn perthynas ag oedi wrth drosglwyddo gofal, sy'n cael ei amlygu fel un o'r ffactorau allweddol sy'n arwain at y defnydd aneffeithlon o allu ysbyty, gan nodi bod chwarter miliwn o ddyddiau gwely wedi'u colli o ganlyniad i hyn bob blwyddyn. A all y ddau ohonoch ateb, mewn perthynas â'ch ardaloedd eich hunain, beth yw achosion yr oedi hyn yn eich barn chi, a'r effaith ar eich ardal, yn arbennig o ran amseroedd aros, a beth ddylai gael ei wneud yn eich barn chi i fynd i'r afael â'r broblem hon?

Ms Rees: In terms of the causes, Pembrokeshire has quite a small problem. However, the problem in terms of mental health is much larger, and, indeed, Pembrokeshire commissions mental health for Dyfed. The acute delayed transfers of care in Pembrokeshire, in the main, are now down to patient choice about where they prefer to go and how we manage that. In mental health, a lot of it is around the elderly mentally ill and the capacity that we have to keep patients locally.

I think that we have to build in mental health capacity, and work with patients on the choice issue. We have done a considerable amount of work jointly with the local authority in Pembrokeshire to maintain a level of delayed transfers of care. We have also purchased extra beds for an interim solution for some patients. Sometimes, this is accepted and sometimes it is not.

Mr Lang: I will comment in terms of some of the causes and what we have been doing in Wrexham. There are several issues that sit behind the causes. One of the key issues, historically, in Wrexham, has been the resource availability to local government and the social services budget. Going back four or five years, that was a major issue in terms of delayed transfers, and although on the chart we do not have the highest rate per 1,000 population in terms of delayed transfers, we are still above the average in Wrexham. We had made a lot of progress before the audit was undertaken, and, indeed, have done so afterwards, so resourcing is a major issue in the local authority setting, as well as in the NHS setting. This target can only be delivered if those two systems work in tandem, are interconnected and work very well.

Ms Rees: O ran yr achosion, problem gymharol fach sydd yn sir Benfro. Fodd bynnag, mae'r broblem o ran iechyd meddwl yn llawer mwy, ac, yn wir, mae sir Benfro yn comisiynu iechyd meddwl ar gyfer Dyfed. Mae'r oedi difrifol wrth drosglwyddo gofal yn sir Benfro, yn bennaf, yn deillio o ble mae cleifion yn dewis mynd a sut yr ydym yn rheoli hynny. Mewn iechyd meddwl, mae llawer ohono yn ymwneud â henoed sydd â salwch meddwl a'r gallu sydd gennym i gadw cleifion yn lleol.

Credaf fod yn rhaid i ni sicrhau bod gennym allu iechyd meddwl, a gweithio gyda chleifion ar y mater dewis. Yr ydym wedi gwneud llawer o waith ar y cyd â'r awdurdod lleol yn sir Benfro i gynnal lefel o oedi wrth drosglwyddo gofal. Yr ydym hefyd wedi prynu gwelyau ychwanegol fel ateb dros dro i rai cleifion. Derbynnir hyn o bryd i'w gilydd ond nid bob tro.

Mr Lang: Yr wyf am wneud sylw ar rai o'r achosion a'r hyn yr ydym wedi bod yn ei wneud yn Wrecsam. Mae llawer o faterion wrth wraidd yr achosion. Un o'r materion allweddol, yn hanesyddol, yn Wrecsam, yw'r adnoddau sydd wedi bod ar gael i lywodraeth leol a chyllideb gwasanaethau cymdeithasol. Gan edrych yn ôl bedair i bum mlynedd, yr oedd hynny'n fater pwysig o ran oedi wrth drosglwyddo, ac er ar y siart nad oes gennym y gyfradd uchaf fesul 1,000 o'r boblogaeth o ran oedi wrth drosglwyddo, yr ydym yn parhau yn uwch na'r cyfartaledd yn Wrecsam. Yr oeddem wedi gwneud llawer o gynnydd cyn cynnal yr archwiliad, ac, yn wir, yr ydym wedi gwneud llawer wedi hynny, felly mae adnoddau yn fater pwysig yn yr awdurdod lleol, yn ogystal ag yn y GIG. Dim ond os yw'r ddwy system yn gweithio gyda'i gilydd, wedi'u cydgyssylltu ac yn gweithio'n dda iawn y gallwn gyflawni'r targed hwn.

There have also been issues in terms of independent sector care home capacity, which has been shrinking quite dramatically in the Wrexham area, and presents a tension in terms of social services options to provide care packages for patients. There is currently an issue in relation to the ability to recruit homecare staff. One of the unfortunate consequences of a very strong economy in north-east Wales is that homecare employment is not particularly attractive. There is a real workforce challenge for us in working with social services, in terms of how we make those roles attractive and rewarding in what is now quite a competitive employment market. So, that is a factor that is very much outside our control, but it is having a real impact this year in terms of the ability to put together home care packages.

It is not all about the independent sector and social services. I think that one of the causes was a focus within the NHS on the management of the patients throughout their episode of care. We had a tradition of a strong focus on the early acute part of the episode. However, the rehabilitative component, and the reablement to move the patient back into the community or home, was less developed and less focused. Some of what we have done in terms of delayed transfers of care and workload has been around that end of the service: building up community services, having reablement teams, and establishing step-down care facilities that can be equally accessed by social care or the health service. That is some of what we have been doing. In terms of impact, it has had a heavy impact on the management of the acute sector capacity. We certainly struggle sometimes against a very significant challenge in north-east Wales, with the main hospital having many patients who could be more appropriately cared for elsewhere, which makes the challenge more difficult. Therefore, the management of the acute

Bu materion hefyd ynghylch gallu cartrefi gofal y sector annibynnol sydd wedi bod yn lleihau'n eithaf dramatig yn ardal Wrexham, ac mae hyn yn arwain at densiwn o ran yr opsiynau gwasanaethau cymdeithasol i ddarparu pecynnau gofal i gleifion. Ar hyn o bryd mae mater ynghylch y gallu i recriwtio staff gofal cartref. Un o ganlyniadau anffodus economi cryf iawn yn y Gogledd-ddwyrain yw nad yw cyflogaeth gofal cartref yn atyniadol iawn. Mae gwir her yn ein hwynebu o ran gweithlu wrth i ni weithio gyda gwasanaethau cymdeithasol, o ran y ffordd orau o wneud y swyddi hynny yn atyniadol ac yn foddhaus mewn marchnad cyflogaeth sy'n gystadleuol iawn erbyn hyn. Felly, mae hynny'n ffactor sy'n sicr y tu hwnt i'n rheolaeth, ond mae'n cael effaith wirioneddol eleni o ran y gallu i lunio pecynnau gofal cartref.

Nid yw'n ymwneud yn llwyr â'r sector annibynnol a'r gwasanaethau cymdeithasol. Credaf mai un o'r achosion oedd ffocws o fewn y GIG ar reoli'r cleifion gydol eu gofal. Yn draddodiadol yr oedd gennym ffocws cryf ar ran aciwt cynnar y cyfnod. Fodd bynnag, nid oedd yr elfen adsefydlu, ac ailalluogi'r claf i symud yn ôl i'r gymuned neu'r cartref, wedi'i ddatblygu cymaint ac yr oedd llai o ffocws. Mae rhywfaint o'r gwaith yr ydym wedi'i wneud ym maes oedi wrth drosglwyddo gofal a llwyth gwaith wedi ymwneud â'r elfen hon o'r gwasanaeth: adeiladu gwasanaethau cymuned, sefydlu timau ailalluogi, a sefydlu cyfleusterau gofal llai dwys y gall gofal cymdeithasol neu'r gwasanaeth iechyd eu defnyddio y naill fel y llall. Dyna rywfaint o'r hyn yr ydym wedi bod yn ei wneud. O ran yr effaith, mae wedi cael effaith gadarn iawn ar reoli gallu'r sector aciwt. Yr ydym yn sicr yn cael cryn drafferth o bryd i'w gilydd gyda'r her sylweddol sy'n ein hwynebu yn y Gogledd-ddwyrain, gyda'r prif ysbyty yn cael llawer o gleifion y gellid rhoi gofal mwy priodol iddynt yn rhywle arall, sy'n gwneud yr her yn anoddach

case becomes more complex, with patients moved around wards and transferred between wards. It then becomes more difficult to follow their care through. So it has a knock-on effect into the acute sector, which is quite damaging.

[252] **Mark Isherwood:** I will address the next question to Bernadine Rees first. The figures show that your delayed transfers of care fell by 83 per cent between November 2003 and June 2004. How was this achieved, and what lessons do you think this provided for other local health boards?

Ms Rees: We are smaller and are coterminous with the local authority; we only deal with one local authority. We have worked through, quite rigorously, joint discharge teams, and through opportunities to use local authority provision as well as nursing homes. That has led us to try to keep the position—it does fluctuate, and has risen since then. The main issue for us, as I said earlier, is about choice. However, having seven patients in our acute provider gives us a problem in relation to bed numbers, and so I would not minimise the impact that it can have on us at times. However, it is tacked through joint working, and including patients and their relatives in determining where they go after their acute provision. Also, in Pembrokeshire, we have the hospital at home scheme, which allows us to give more acute support. Earlier discharge obviously avoids the inevitability of some patients becoming delayed transfers.

fyth. Felly, mae rheoli'r achos aciwt yn mynd yn fwy cymhleth, gyda chleifion yn cael eu symud o gwmpas wardiau ac yn cael eu trosglwyddo o un ward i'r llall. Mae'n anos wedyn i ddilyn eu gofal i'r diwedd. Felly mae'n cael effaith gynyddol i mewn i'r sector aciwt, sy'n eithaf niweidiol.

[252] **Mark Isherwood:** Yr wyf am ofyn y cwestiwn nesaf i Bernadine Rees yn gyntaf. Mae'r ffigurau'n dangos bod yr oedi wrth drosglwyddo gofal wedi disgyn o 83 y cant rhwng Tachwedd 2003 a Mehefin 2004. Sut y cyflawnwyd hyn, a pha wersi y mae hyn wedi'i ddysgu i fyrdau iechedd lleol eraill yn eich barn chi?

Ms Rees: Yr ydym yn llai ac yn gyffiniol â'r awdurdod lleol; dim ond ag un awdurdod lleol yr ydym yn ymdrin. Yr ydym wedi gweithio, yn eithaf trylwyr, gyda thimau rhyddhau ar y cyd, a thrwy gyfleoedd i ddefnyddio darpariaeth awdurdod lleol yn ogystal â chartrefi nyrsio. Mae hynny wedi ein harwain at geisio cadw'r sefyllfa—mae'n amrywio, ac mae wedi codi ers hynny. Fel y dywedais yn gynharach, dewis yw'r prif beth i ni. Fodd bynnag, mae cael saith claf gyda'n darparwr aciwt yn peri problem i ni o ran niferoedd gwelyau, ac felly ni fyddwn yn bychanu'r effaith y gall ei chael arnom o bryd i'w gilydd. Fodd bynnag, yr ydym yn mynd i'r afael â'r sefyllfa drwy gydweithio, ac yn cynnwys cleifion a'u perthnasau yn y broses o bennu lle maent yn mynd ar ôl eu darpariaeth aciwt. Yn ogystal, yn sir Benfro, mae gennym y cynllun ysbyty yn y cartref, sy'n ein galluogi i roi rhagor o gymorth aciwt. Mae rhyddhau o'r ysbyty yn gynnar yn amlwg yn rhwystro oedi wrth drosglwyddo rhai cleifion.

[253] **Mark Isherwood:** I will address a similar question to Geoff: Wrexham has the sixth highest level of delayed transfers of care, and over a similar period—November 2003 to June 2004—there was an increase in Wrexham. Why is this, and what do you feel that you can do to rectify the situation?

Mr Lang: Many of the drivers and the reasons are those that I alluded to in my previous answer. We are working very closely with our local authority partners, as well as the local trust. There are a range of initiatives, similar to those that Bernie has described. We are looking at home-from-hospital schemes, using the voluntary sector to support care, and at the flexible use of resources. We are establishing a pooled budget, for example, in elderly mental health services, where we have a significant capacity problem in the independent sector and nursing homes—where a lot of these patients will receive their future care—and we are not able to transfer those patients out on an individual basis. We are looking at trying to commission, strategically, capacity from the independent care sector that we can access on a routine basis, with the certainty that it is there for us, rather than having the traditional model of social care support and continuing care being dealt with on an individual basis. For every case that crops up, we then look for a place for that individual. We are trying to make it more systematic, so that we buy in the capacity to allow patients to move through that system. That has implications for choice, and, as Bernie said, choice is a big issue, and it is a big issue in Wrexham. In the general nursing home category, there are one or two highly favoured nursing homes in the Wrexham area, and they tend to be full and have waiting lists, and many of our patients are waiting to go into those nursing homes. There is a debate with the families and the patients themselves, as moving patients who may be frail and elderly twice

[253] **Mark Isherwood:** Yr wyf am ofyn cwestiwn cyffelyb i Geoff. Mae gan Wrecsam y chweched lefel uchaf o oedi wrth drosglwyddo gofal, a thros gyfnod tebyg—Tachwedd 2003 i Fehefin 2004—bu cynnydd yn Wrecsam. Beth yw'r rheswm am hyn, a beth y gallwch ei wneud i geisio unioni'r sefyllfa?

Mr Lang: Cyfeiriais at lawer o'r achosion a'r rhesymau yn fy ateb blaenorol. Yr ydym yn gweithio'n agos iawn gyda'n partneriaid awdurdod lleol, yn ogystal â'r ymddiriedolaeth leol. Mae amrywiaeth o fentrau, rhai tebyg i'r rhai y disgrifiodd Bernie. Yr ydym yn edrych ar gynlluniau gartref-o'r-ysbyty, defnyddio'r sector gwirfoddol i gefnogi gofal, ac ar ddefnyddio adnoddau'n hyblyg. Yr ydym yn sefydlu cyllideb gyfun, er enghraifft, mewn gwasanaethau iechyd meddwl yr henoed, lle mae gennym broblem gallu ddifrifol yn y sector annibynnol ac mewn cartrefi nyrsio—lle y bydd llawer o'r cleifion hyn yn derbyn eu gofal yn y dyfodol—ac nid ydym yn gallu trosglwyddo'r cleifion hynny ar sail unigol. Yr ydym yn ceisio comisiynu, yn strategol, gallu o'r sector gofal annibynnol y gallwn ei ddefnyddio'n rheolaidd, gyda'r sicrwydd ei fod yno i ni, yn hytrach nag ymdrin â'r model traddodiadol o gymorth gofal cymdeithasol a gofal parhaus ar sail unigol. Am bob achos sy'n codi, yr ydym wedyn yn chwilio am le ar gyfer yr unigolyn dan sylw. Yr ydym yn ceisio gwneud y broses yn fwy systematig, er mwyn i ni allu prynu'r gallu i alluogi cleifion i symud drwy'r system honno. Mae gan hynny oblygiadau o ran dewis, ac, fel y dywedodd Bernie, mae dewis yn fater pwysig, ac mae'n fater pwysig yn Wrecsam. Yn y categori cartrefi nyrsio cyffredinol, mae un neu ddau o gartrefi nyrsio poblogaidd iawn, ac maent yn tueddu i fod yn llawn a chyda rhestrau aros, ac mae llawer o'n cleifion yn aros i gael mynd i'r cartrefi nyrsio hynny. Mae trafodaeth gyda'r teuluoedd a'r cleifion eu hunain, oherwydd bod symud cleifion

compromises quality of life. It sets them back in terms of recovery, and we are trying to find ways around that. However, it is a very difficult issue to challenge and one that, in terms of social services policy, is outwith NHS control. The local authority's policy on choice is its policy, not ours.

[254] **Mark Isherwood:** In respect of delays caused by social services, what helps and what hinders the joint working relationship between social services and health? How can we improve accountability? Can you expand, Geoff, on the points you made about local authority budgets and whether you feel that, on a national level, these should be more needs-focused in these areas?

Mr Lang: In terms of what makes our relationship work, having worked for a health authority, and now working on a local health board, I would say that the very structure of a local health board and its focus on the coterminous arrangement with the local authority has helped tremendously. We now have far more dynamic relationships with local authorities than was the case with health authorities. So the very structure has helped. Obviously, that will only get you so far down the path.

The resource issue is a major one. We have seen an increase in the resource going into this area of activity from the health sector, and, likewise, grants to local authorities. Ultimately, difficulties arise when the pressures on the social services budget in general rise, as happened to Wrexham council this year, for example. It was facing a £1 million overspend in its social services budget in total. When a local authority is in that position, it has to be accountable and has a statutory duty to balance its budget and take decisions. That is when the joint approach gets stretched and

sy'n fregus ac yn hen ddwywaith yn gallu cyfaddawdu ansawdd byw. Mae'n gam yn ôl iddynt o ran adferiad, ac yr ydym yn ceisio dod o hyd i ffyrdd i fynd i'r afael â hyn. Fodd bynnag, mae'n fater anodd iawn i'w herio ac yn un, o ran polisi gwasanaethau cymdeithasol, sydd y tu hwnt i reolaeth y GIG. Polisi'r awdurdod lleol yw ei bolisi ar ddewis, nid ein polisi ni.

[254] **Mark Isherwood:** O ran yr oedi a achosir gan wasanaethau cymdeithasol, beth sy'n cynorthwyo a beth sy'n rhwystro'r berthynas gydweithio rhwng gwasanaethau cymdeithasol ac iechyd? Sut allwn wella atebolrwydd? A allwch ymhelaethu, Geoff, ar y pwyntiau a wnaethoch ar gyllidebau awdurdod lleol ac a ydych yn credu, ar lefel genedlaethol, y dylai'r rhain ganolbwyntio mwy ar anghenion yn y meysydd hyn?

Mr Lang: O ran beth sy'n gwneud i'n perthynas weithio, ar ôl gweithio i awdurdod iechyd, a bellach yn gweithio ar fwrdd iechyd lleol, byddwn yn dweud bod strwythur y bwrdd iechyd lleol a'i ffocws ar y cytundeb cyffiniol gyda'r awdurdod lleol wedi bod yn gymorth mawr. Mae gennym bellach gysylltiadau llawer mwy deinamig gydag awdurdodau lleol na chyda'r awdurdodau iechyd. Felly mae'r strwythur wedi'n cynorthwyo. Yn amlwg, bydd hynny ond yn mynd â chi beth o'r ffordd.

Mae'r mater adnoddau yn un pwysig. Yr ydym wedi gweld cynnydd yn yr adnoddau sy'n cael eu rhoi i'r maes gweithgarwch hwn gan y sector iechyd, ac, yn yr un modd, grantiau i awdurdodau lleol. Yn y pen draw, mae anawsterau yn codi pan fo'r pwysau ar gyllideb gwasanaethau cymdeithasol yn gyffredinol yn codi, fel sydd wedi digwydd yng nghyngor Wrecsam eleni, er enghraifft. Yr oedd yn wynebu gorwariant o £1 miliwn yng nghyfanswm ei gyllideb gwasanaethau cymdeithasol. Pan fo awdurdod lleol yn y sefyllfa honno, mae'n rhaid

strained. We work hard to keep the joint approach going, and to ensure that, even when there is budgetary difficulty, hospital patients and patients requiring discharge to home are given priority. However, ultimately, local authorities have different accountability and performance systems than we do, and a different duty to perform. That is where the tension arises. Our job is to get the joint working cracked, and we are doing reasonably well at that, but when the financial pressures hit and cause tensions, if the two systems do not afford the same priority to the task at hand, then you will get a disjointed approach and problems will emerge. We have all experienced that to different degrees at different times.

[255] **Mark Isherwood:** Do you have anything to add to that from your perspective, Ms Rees?

Ms Rees: Only to say that we use joint commissioning as a vehicle to reduce duplication, and that has a knock-on effect at all levels of commissioning, in terms of supporting patients from the social care perspective before they go in to hospital. The joint discharge team then helps us to help the patients in terms of their discharge and reconnecting them with social care.

[256] **Alun Cairns:** Mr Lang, I would like to ask you, in the first instance, what impact does the fact that different local authorities pay residential and nursing care homes different levels of fees for patients have on the problem of bed-blocking?

iddo fod yn atebol ac mae ganddo ddyletswydd statudol i fantoli ei gyllidebau a gwneud penderfyniadau. Dyna pryd mae pwysau a straen ar y dull ar y cyd. Yr ydym yn gweithio'n galed i gynnal y dull ar y cyd, ac i sicrhau, hyd yn oed pan fo anhawster cyllidebol, bod cleifion ysbyty a chleifion y mae angen eu rhyddhau i'r cartref yn cael blaenoriaeth. Fodd bynnag, yn y pen draw, mae gan awdurdodau lleol wahanol atebolrwydd a systemau perfformiad i ni, a gwahanol ddyletswydd i berfformio. Dyna yw gwraidd y tensiwn. Ein gwaith ni yw mynd i'r afael â'r cydweithio, ac yr ydym yn gwneud yn gymharol dda gyda hynny, ond pan fo pwysau ariannol a'r rheini'n achosi tensiynau, os nad yw'r ddwy system yn rhoi'r un flaenoriaeth i'r dasg dan sylw, yna cewch ddull tameidiog a bydd problemau'n codi. Yr ydym i gyd wedi cael y profiad hwnnw i wahanol raddau ar wahanol adegau.

[255] **Mark Isherwood:** A oes gennych unrhyw beth i ychwanegu at hynny o'ch safbwynt chi, Ms Rees?

Ms Rees: Dim ond i ddweud ein bod yn defnyddio comisiynu ar y cyd fel dull o ostwng yr achosion o gyflawni'r un gwaith drosodd a thro, ac mae hynny'n cael effaith ganlyniadol ar bob lefel o gomisiynu, o ran cynorthwyo cleifion o safbwynt gofal cymdeithasol cyn iddynt fynd i'r ysbyty. Yna, mae'r tîm rhyddhau ar y cyd yn ein cynorthwyo i gynorthwyo'r cleifion wrth iddynt adael yr ysbyty a'u hailgysylltu â gofal cymdeithasol.

[256] **Alun Cairns:** Mr Lang, hoffwn ofyn i chi, yn y lle cyntaf, pa effaith y mae'r ffaith bod gwahanol awdurdodau lleol yn talu ffioedd gwahanol i gartrefi gofal preswyl a nyrsio ar gyfer cleifion yn ei chael ar y broblem o flocio gwelyau?

Mr Lang: I can share the experience of Wrexham, which is interesting in that some local authorities in England pay higher rates than those in Wales. What we have found is that there is an inward migration of residents from neighbouring local authorities into Wrexham, because the homes are keen to offer them places, as they are commercial enterprises at the end of the day. If they are good quality homes, that will bring in patients. That then shrinks the capacity that is available for local residents, so it is a problem. Generally, the homes have rehearsed their case very well in terms of the pressure that they face with the amount of resource that they get for core funding for social care cases, or even basic continuing NHS care cases. They are under a lot of pressure, and if they can see a more lucrative financial stream through taking one particular cohort of patients rather than another, then, often, homes will choose to do that. There is not so much of an issue in my patch between Wrexham and Flintshire local authorities, but the difference between what Wrexham and Cheshire pay has been an issue. That has caused a cross-border issue.

Ms Rees: It is not an issue in residential homes, but it is an issue in nursing homes. That is on the health budget, because there is a variation in price in nursing homes in Pembrokeshire, hence it's the choice issue that we end up with, because it is usually the higher-priced homes that are the preferred choice.

Mr Lang: Gallaf rannu profiadau Wrecsam, sy'n ddiddorol o ystyried bod rhai awdurdodau lleol yn Lloegr yn talu cyfraddau uwch na rhai Cymru. Yr ydym wedi canfod bod ymfudiad mewnol o breswylwyr o awdurdodau lleol cyfagos i Wrecsam, oherwydd bod y cartrefi yn awyddus i gynnig lleoedd iddynt, gan eu bod yn fentrau masnachol yn y pen draw. Os ydynt yn gartrefi o ansawdd da, bydd hynny'n denu cleifion. Mae hynny wedyn yn gostwng y lleoedd sydd ar gael i breswylwyr lleol, felly mae'n broblem. Yn gyffredinol, mae'r cartrefi wedi paratoi eu hunain yn dda iawn o ran y pwysau a wynebant gyda'r adnoddau y maent yn ei gael ar gyfer cyllid craidd i achosion gofal cymdeithasol, neu hyd yn oed achosion gofal GIG parhaus sylfaenol. Maent o dan gryn bwysau, ac os ydynt yn gallu gweld ffrwd ariannol fwy deniadol drwy gymryd un garfan benodol o gleifion yn hytrach nag un arall, yna, yn aml, bydd cartrefi yn dewis gwneud hynny. Nid oes cymaint o broblem yn fy ardal i rhwng awdurdodau lleol Wrecsam a sir y Fflint, ond mae'r gwahaniaeth rhwng yr hyn y mae Wrecsam a Swydd Gaer yn ei dalu wedi bod yn bwnc trafod. Mae hynny wedi achosi problem drawsffiniol.

Ms Rees: Nid yw'n berthnasol mewn cartrefi preswyl, ond mae'n berthnasol mewn cartrefi nyrsio. Mae hynny o ran y gyllideb iechyd, oherwydd mae amrywiad ym mhrisiau cartrefi nyrsio yn sir Benfro, a dyna'r rheswm am y dewis sydd gennym, oherwydd mai'r cartrefi drutaf yw'r dewis poblogaidd fel arfer.

[257] **Alun Cairns:** Various studies have been made on behalf of the independent sector and the social services department alike on what the levels should be. What view can you offer on those, because different fees in different areas often lead to a lack of capacity? Very near here in Neath Port Talbot, for example, many residential care homes closed very quickly. They claimed that this was due to lack of fees, which, had they been paid, would have enabled them to stay in business, and that put an awful lot of elderly residents in a difficult position. Also, given the ageing population, I suspect that, over time, the problem will become more acute, so what view can you offer as to how this can be best resolved, bearing in mind that you have to handle the ultimate problem due to lack of capacity?

Ms Rees: In terms of the tensions around fees in Pembrokeshire, we are working with all our nursing homes to try to understand what the criteria are and what we are paying for. The bottom line, however, is that our finances will only allow us to go to a certain level, and if we pay more money, we reduce the available capacity. We have just had an uplift that we can offer our nursing homes, but I still think that it is wanting in terms of the quality standard that we want from the private sector.

[257] **Alun Cairns:** Mae astudiaethau amrywiol wedi'u cynnal ar ran y sector annibynnol a'r adran gwasanaethau cymdeithasol yn yr un modd ar y lefelau y dylid eu gweithredu. Beth yw eich barn ar y rheini, oherwydd mae gwahanol ffioedd mewn gwahanol ardaloedd yn aml yn arwain at ddiffyg gallu? Yn agos iawn i ni yma yng Nghastell-nedd Port Talbot, er enghraifft, caeodd llawer o gartrefi nyrsio preswyl yn gyflym iawn. Honnont fod hyn oherwydd diffyg ffioedd, a fyddai, pe baent wedi'u talu, wedi'u galluogi i aros ar agor, a rhoddodd hynny lawer iawn o breswylwyr hyn mewn sefyllfa anodd. Hefyd, o ystyried y boblogaeth sy'n heneiddio, tybiaf, gydag amser, y bydd y broblem yn mynd yn un fwy difrifol, felly beth yw'r ffordd orau o ddatrys hyn yn eich barn chi, gan gofio eich bod yn gorfod mynd i'r afael â'r broblem oherwydd diffyg lleoedd?

Ms Rees: O ran y tensiynau ynghylch ffioedd yn sir Benfro, yr ydym yn gweithio gyda'n holl gartrefi nyrsio i geisio deall beth yw'r meini prawf ac am beth yr ydym yn talu. Diwedd y gân, fodd bynnag, yw mai dim ond i lefel benodol y gallwn fynd gyda'n cyllid, ac os ydym yn talu rhagor o arian, yr ydym yn gostwng y gallu sydd ar gael. Yr ydym newydd gael cynnydd y gallwn ei gynnig i'n cartrefi nyrsio, ond credaf ei fod yn brin o ran y safon ansawdd yr ydym am ei chael gan y sector preifat.

Mr Lang: I have just to add that it is very difficult to offer a view on the absolute rate, but, in the context of our work for NHS-funded patients, we look at individual cases and their needs, and rates are adjusted according to those individuals' needs. So, if nursing homes are providing continuing healthcare, as opposed to basic care packages for social services, that is adjusted and is very much related to the clinical input that a patient requires. Therefore, it gives a more reflective financial package of the patient's needs than, perhaps, a basic local authority package. However, I would not be able to offer comment on what would be appropriate as an absolute rate for nursing homes.

[258] **Jocelyn Davies:** Rather than this constant bargaining with the private sector, have you considered providing these places in the public sector?

Ms Rees: Yes. However, Tenby is an illustration of public-sector commissioning of private-sector provision, where we have a pilot of 10 NHS beds in Tenby that will, however, be delivered by the private sector.

Mr Lang: Likewise, we have commissioned services from the private, independent sector. We have not actually looked at bringing those services back in house, although it is fair to say that, in terms of some of the very high-cost continuing-care patients that we have, we face a challenge, as I mentioned earlier in relation to delayed transfers. Packages tend to be built around individuals at the time that their needs arise. In the early days of continuing healthcare responsibilities for the NHS, that was quite appropriate, and we were developing a relationship with the independent sector. What

Mr Lang: Yr wyf ond am ychwanegu ei bod yn anodd iawn cynnig barn ar gyfradd absoliwt, ond, yng nghyd-destun ein gwaith ar gyfer cleifion a gyllidir gan y GIG, yr ydym yn edrych ar achosion unigol a'u hanghenion, a chaiff cyfraddau eu haddasu yn ôl yr anghenion unigol hynny. Felly, os yw cartrefi nyrsio yn darparu gofal iechyd parhaus, yn hytrach na pheynnau gofal sylfaenol ar gyfer gwasanaethau cymdeithasol, mae hynny'n cael ei addasu ac yn gysylltiedig iawn â'r mewnbwn clinigol sydd ei angen ar y claf. Felly, mae'n cynnig pecyn ariannol sy'n adlewyrchu mwy ar anghenion y claf nag, efallai, pecyn awdurdod lleol sylfaenol. Fodd bynnag, ni fyddwn yn gallu gwneud sylwadau pellach ar yr hyn a fyddai'n briodol fel cyfradd absoliwt ar gyfer cartrefi nyrsio.

[258] **Jocelyn Davies:** Yn hytrach na'r bargeinio cyson hyn â'r sector preifat, a ydych wedi ystyried darparu'r lleoedd hyn yn y sector cyhoeddus?

Ms Rees: Do. Fodd bynnag, mae Dinbych-y-pysgod yn enghraifft o sector cyhoeddus yn comisiynu darpariaeth sector preifat, lle mae gennym beilot o 10 gwely GIG yn Ninbych-y-pysgod a fydd, fodd bynnag, yn cael eu darparu gan y sector preifat.

Mr Lang: Yn yr un modd, yr ydym wedi comisiynu gwasanaethau o'r sector preifat, annibynnol. Nid ydym wedi edrych mewn gwirionedd ar ddod â'r gwasanaethau hynny yn ôl yn fewnol, er y byddai'n deg dweud, o ran rhai o'r cleifion gofal parhaus cost uchel sydd gennym, yr ydym yn wynebu her, fel y soniais eisoes o ran oedi wrth drosglwyddo. Tueddir i adeiladu pecynnau o gwmpas unigolion wrth i'w hanghenion godi. Yn ystod dyddiau cynnar cyfrifoldebau gofal iechyd parhaus y GIG, yr oedd hynny'n eithaf priodol, ac yr oeddem yn datblygu perthynas â'r sector annibynnol. Yr hyn

we now have, however, certainly on our patch, is a series of nursing homes that specialise in particular elements of care, and where we are placing and funding four or five patients in a particular nursing home, we as commissioners are asking whether we should have a more strategic relationship with that nursing home so that we do not pay for an individual. In an extreme case, five individuals placed on their own would need one-to-one nursing provision to ensure that nurses were present, but, when you have five in adjacent rooms, you can ask whether you need five nurses present, or whether you need three or even two to cover that need. What we are getting into now is a discussion that may involve thinking about NHS provision and asking whether—the cost of providing it in that model being what it is and financial resources being so tight—other models would deliver it more cost effectively. You must then weigh up the qualitative dimensions of that for the individual and the sort of provision that you would have to give. However, a more strategic view, and one that brings together clusters of skill and gets the economies of scale, is what we are looking at.

[259] **Janet Davies:** Jocelyn, you wanted to ask some questions about commissioning, but they may have been partly covered.

[260] **Jocelyn Davies:** Yes, some of them have already been covered. I think it was Mark who wanted to ask something.

[261] **Janet Davies:** I am sorry, Mark.

[262] **Mark Isherwood:** I have not asked question no. 5 yet.

[263] **Janet Davies:** All right.

sydd gennym yn awr, fodd bynnag, yn sicr yn ein hardal ni, yw cyfres o gartrefi nyrsio sy'n arbenigo mewn elfennau gofal penodol, ac yr ydym yn lleoli a chyllido pedwar neu bump o gleifion mewn cartref nyrsio penodol, yr ydym fel comisiynwyr yn gofyn a ddylai fod gennym berthynas fwy strategol â'r cartref nyrsio dan sylw fel nad ydym yn talu am unigolyn. Mewn achos eithafol, byddai ar bum unigolyn wedi'u lleoli ar eu pen eu hunain angen darpariaeth nyrsio un-i-un i sicrhau bod nyrsys yn bresennol, ond, pan fo gennyh bump mewn ystafelloedd cyfagos, gallwch ofyn a oes angen pum nyrs yn bresennol, neu a ydych angen tair neu hyd yn oed dwy i ddiwallu'r angen hwnnw. Yr hyn yr ydym yn ei wneud yn awr yw dechrau trafodaeth a all gynnwys meddwl am ddarpariaeth y GIG a gofyn—o ystyried beth yw'r gost o'i darparu yn y model hwnnw a bod adnoddau ariannol mor brin—a fyddai modelau eraill yn ei ddarparu yn fwy effeithiol. Mae'n rhaid i chi wedyn bwysu a mesur hyd a lled ansoddol hynny ar gyfer yr unigolyn a'r math o ddarpariaeth y byddai'n rhaid i chi ei rhoi. Fodd bynnag, barn fwy strategol, ac un sy'n dod â chlystyrau o sgiliau at ei gilydd ac sy'n cael yr arbedion maint, yw'r hyn yr ydym yn edrych arno.

[259] **Janet Davies:** Jocelyn, yr oeddech am ofyn cwestiynau am gomisiynu, ond efallai eu bod wedi'u hateb i ryw raddau.

[260] **Jocelyn Davies:** Ydy, mae rhai ohonynt wedi'u hateb eisoes. Credaf fod Mark am ofyn rhywbeth.

[261] **Janet Davies:** Mae'n ddrwg gennyf, Mark.

[262] **Mark Isherwood:** Nid wyf wedi gofyn cwestiwn rhif 5 eto.

[263] **Janet Davies:** Iawn.

[264] **Mark Isherwood:** On the second offer scheme, paragraphs 4.4 and 4.5 highlight both potential and risk inherent in the second offer scheme. How will it impact in your own areas, and do you feel that it can deliver sustainable improvements?

Mr Lang: Maybe I can answer this in terms of how it has impacted in our area. The situation in which we have been means that we have used the funding of the second offer scheme, but we have not got into the position of giving second offers to patients to be transferred to other providers. In Wrexham, we have a situation where the north-east Wales trust has, for its problem with day-case orthopaedic waiting lists, which is quite significant, managed this in-house. For its in-patients, the trust has managed an arrangement with a local private hospital, but the process has been managed through the trust. There is continuity for the patient and it is not a cold contact, if you like, asking whether patients would like to transfer to another hospital to have treatment. It is a managed pathway. This has been okay, has worked quite well, and has allowed patients to have their operations.

On a more fundamental point about the second offer scheme, and referring to the point made through the chair, in relation to short-term and long-term connections between schemes, it is important that what happens with the second offer scheme is connected into local health board commissioning plans, and that we do not end up with local health boards trying to commission and deliver a model at one level, and the second offer scheme putting in something that may be complementary in the short term but could cause some conflict and difficulty between the two.

[264] **Mark Isherwood:** O ran cynllun yr ail gynnig, mae paragraffau 4.4 a 4.5 yn trafod potensial a risgiau cynhenid cynllun yr ail gynnig. Sut y bydd yn effeithio ar eich ardaloedd chi, ac a ydych yn credu y bydd yn gallu cyflawni gwelliannau cynaliadwy?

Mr Lang: Efallai y gallaf ateb hyn o ran sut y mae wedi effeithio ar ein hardal ni. Mae'r sefyllfa yr ydym wedi bod ynnddi yn golygu ein bod wedi defnyddio cyllid cynllun yr ail gynnig, ond nid ydym wedi bod yn y sefyllfa i roi ail gynnig i gleifion gael eu trosglwyddo i ddarparwyr eraill. Yn Wrecsam, yr ydym mewn sefyllfa lle mae ymddiriedolaeth y Gogledd-ddwyrain, gyda'i phroblemau gyda rhestrau aros orthopedig achos dydd, sy'n eithaf sylweddol, wedi rheoli hyn yn fewnol. Gyda'i chleifion mewnol, mae'r ymddiriedolaeth wedi dod i drefniant gydag ysbyty preifat lleol, ond mae'r broses wedi'i rheoli drwy'r ymddiriedolaeth. Mae dilyniant i'r claf ac nid yw'n gysylltiad oer, os dymunwch, gofyn a fyddai cleifion am gael eu trosglwyddo i ysbyty arall i gael triniaeth. Mae'n llwybr a reolir. Mae hyn wedi bod yn iawn, wedi gweithio'n eithaf da, ac wedi caniatáu i gleifion gael eu llawdriniaethau.

Ar bwynt mwy sylfaenol am gynllun yr ail gynnig, a chan gyfeirio at y pwynt a wnaed gan y Cadeirydd, mewn perthynas â chysylltiadau tymor byr a hirdymor rhwng cynlluniau, mae'n bwysig bod yr hyn a fydd yn digwydd gyda chynllun yr ail gynnig yn gysylltiedig â chynlluniau comisiynu'r bwrdd iechyd lleol, ac na fydd y byrddau iechyd lleol yn ceisio comisiynu a darparu model ar un lefel, a chynllun yr ail gynnig yn cynnig rhywbeth a fyddai'n gyflenwol yn y tymor byr ond a allai achosi gwrthdaro ac anawsterau rhwng y ddau.

In terms of whether or not the second offer scheme has worked in north-east Wales, it has been very helpful, but it has not been the true second offer scheme, perhaps, as has been applied more in south Wales. Bernie may have a comment on that.

Ms Rees: We are working with the second offer scheme to ensure that the evaluation plays a key role in sustaining the activity that we buy. We also need the non-recurring money that has been announced for this year to become recurrent to be able to secure the capacity.

[265] **Mark Isherwood:** Finally, how do you work with the trust in your area to avoid breaches of waiting-time targets and potential financial liabilities? Do you anticipate disputes, or have you encountered any disputes?

Ms Rees: The only issue that we have in Pembrokeshire is around visiting consultants. We work with other providers, rather than our home provider, because that is where the visitors come from in determining that we do not have an almost second-class service because we use a visiting consultant. We have done a lot of work on that, and I think that visiting consultants will be an issue for us in terms of commissioning with our other four providers over the next year.

O ran a yw cynllun yr ail gynnig wedi bod yn llwyddiannus yn y Gogledd-ddwyrain ai peidio, mae wedi bod yn ddefnyddiol iawn, ond nid dyma gynllun yr ail gynnig mewn gwirionedd, o bosibl, fel sydd wedi'i weithredu i raddau mwy helaeth yn y De. Efallai y bydd Bernie am roi sylwadau ar hynny.

Ms Rees: Yr ydym yn gweithio gyda chynllun yr ail gynnig i sicrhau bod y gwerthusiad yn gwneud cyfraniad allweddol at gynnal y gweithgarwch yr ydym yn ei brynu. Yr ydym hefyd angen yr arian anghylchol sydd wedi'i gyhoeddi ar gyfer eleni i fod yn rheolaidd er mwyn gallu diogelu'r gallu.

[265] **Mark Isherwood:** Yn olaf, sut yr ydych yn gweithio gyda'r ymddiriedolaeth yn eich ardal i osgoi methu'r targedau amseroedd aros a thorri'r rhwymedigaethau ariannol posibl? A ydych yn rhagweld achosion o anghydfod, neu a ydych wedi profi unrhyw anghydfod?

Ms Rees: Yr unig fater yr ydym wedi'i wynebu yn sir Benfro yw un yn ymwneud â meddygon ymgynghorol ymweld. Yr ydym yn gweithio gyda darparwyr eraill, yn hytrach na'n darparwr cartref, oherwydd mai dyna'r agwedd sydd gan ymwelwyr wrth ddod i'r casgliad nad oes gennym wasanaeth eilradd bron iawn oherwydd ein bod yn defnyddio meddygon ymgynghorol ymweld. Yr ydym wedi gwneud llawer o waith ar hynny, a chredaf y bydd meddygon ymgynghorol ymweld yn bwnc trafod i ni o ran comisiynu gyda'n pedwar darparwr arall yn ystod y flwyddyn nesaf.

Mr Lang: We do not particularly envisage a problem in our area in hitting the targets. However, there is an issue for us. I alluded to the way in which orthopaedic waiting lists have been managed, and there is a major issue in terms of our strategic capacity to deliver lower orthopaedic waiting times, which we are working on. The sort of approaches that we currently use will not deliver that. We are trying to develop a plan that will do that, and there has been an announcement of recurring investment previously in other regions and, this year, in north Wales. Therefore, we believe that we will hit the targets this year, and that we are able to sustain them if we are able to use that resource in a properly planned fashion.

[266] **Jocelyn Davies:** I have one or two questions about the role of the private sector, and I know that we touched on it earlier. However, what do you see as the role of the private sector, and what services do you commission within the private sector and why? Do you consider that to be good value for money?

Mr Lang: If I could answer first, in terms of the private sector, in its purest sense, it is my view that it is one of the potential providers of care to the NHS. As long as that care is funded by the NHS and sticks with the principles of the NHS, it is a potential provider. I think that we have to view the private sector as having some skills and some qualities to offer in terms of the way that its services are organised, in that they do not suffer the pressures and difficulties of emergency admissions. The sector is very privileged in that way. It has planned care that is well managed and moves through the system in an orderly and managed fashion. That is good for patients.

Mr Lang: Nid ydym yn rhagweld problem yn ein hardal i gyflawni'r targedau. Fodd bynnag, mae yna fater i ni. Cyfeiriais at y ffordd y mae rhestrau aros orthopedig wedi'u rheoli, ac mae mater pwysig o ran ein gallu strategol i gyflawni amseroedd aros orthopedig is, ac yr ydym yn gweithio ar hynny. Ni fydd y math o ddulliau yr ydym yn eu defnyddio ar hyn o bryd yn cyflawni hynny. Yr ydym yn ceisio datblygu cynllun a fydd yn gwneud hynny, a bu cyhoeddiad ynglyn â buddsoddiad cylchol eisoes mewn rhanbarthau eraill ac, eleni, yn y Gogledd. Felly, credwn y byddwn yn cyflawni'r targedau eleni, ac y byddwn yn gallu eu cynnal os gallwn ddefnyddio'r adnoddau hynny yn drefnus.

[266] **Jocelyn Davies:** Mae gennyf ambell gwestiwn am rôl y sector preifat, a gwn ein bod wedi crybwyll hyn yn gynharach. Fodd bynnag, beth yn eich barn chi yw rôl y sector preifat, a pha wasanaethau yr ydych yn eu comisiynu yn y sector preifat a pham? A ydych yn ystyried bod hyn yn werth da am arian?

Mr Lang: Os caf ateb gyntaf, o ran y sector preifat, yn ei hanfod, credaf ei fod yn un o'r darparwyr gofal posibl i'r GIG. Cyhyd â bod y gofal hwnnw'n cael ei gyllido gan y GIG ac yn cadw at egwyddorion y GIG, mae'n ddarparwr posibl. Credaf fod yn rhaid i ni gydnabod bod gan y sector preifat rai sgiliau a rhai rhinweddau i'w cynnig o ran y ffordd y mae ei wasanaethau wedi'u trefnu, fel nad ydynt yn dioddef pwysau ac anawsterau derbyniadau brys. Mae'r sector yn freintiedig iawn yn hynny o beth. Mae ganddo ofal wedi'i gynllunio sy'n cael ei reoli'n dda ac sy'n symud drwy'r system yn drefnus. Mae hynny'n dda i gleifion.

There is a reliability and a predictability about service in the private sector. Having said that, there are issues around value for money. We need to be conscious of the fact that we have to balance the assurance of delivery, which can often be higher within the private sector because it has this protective capacity, with value for money. The costs may not be identical between the NHS and the private sector. We are not using the tariffs that England is using, although I think that we can get a lot of benefit by using them as benchmarks in Wales and take advantage of the fact that the private sector has accepted in England that there is a standard price for doing things. That may be a bit of a two-edged sword, because, if the NHS in Wales says that it can do it cheaper, it will cost us more to do it through the private sector. However, we have a fixed benchmark there. So, that gives a lid on price and, to a certain degree, gives us a measure on value for money, because if the private sector has to deliver whatever service you ask it to deliver in an acute sense on the NHS tariff, then that is broadly comparable with value for money of the ongoing strategic capacity that the NHS would deliver in England, and likewise in Wales.

[267] **Jocelyn Davies:** What services do you commission from the private sector?

Mae rhinweddau dibynadwy a disgwyliadwy yn perthyn i wasanaeth y sector preifat. Ond o ddweud hynny, mae materion ynghylch gwerth am arian. Mae angen i ni fod yn ymwybodol o'r ffaith bod yn rhaid i ni gydbwysu'r sicrwydd o ddarpariaeth, a all fod yn uwch yn aml yn y sector preifat oherwydd bod ganddo'r gallu amddiffynnol hwn, gyda gwerth am arian. Efallai nad yw'r costau yr un fath rhwng y GIG a'r sector preifat. Nid ydym yn defnyddio'r tariffau y mae Lloegr yn eu defnyddio, er y credaf y gallem elwa o'u defnyddio fel meincnodau yng Nghymru a manteisio ar y ffaith bod y sector preifat wedi derbyn yn Lloegr bod pris safonol ar gyfer gwneud pethau. Gallai hynny fod yn dipyn o sefyllfa amhosibl i ni, oherwydd, os yw'r GIG yng Nghymru yn dweud ei fod yn gallu ei wneud yn rhatach, bydd yn costio mwy i ni i'w wneud drwy'r sector preifat. Fodd bynnag, mae gennym feincnod penodol yno. Felly, mae hynny'n rhoi terfyn ar bris ac, i ryw raddau, yn rhoi dull i ni fesur gwerth am arian, oherwydd os yw'r sector preifat yn gorfod darparu pa bynnag wasanaeth yr ydych yn gofyn iddo'i ddarparu a hynny ar sail aciwt ar dariff y GIG, gellir cymharu hynny'n fras gyda gwerth am arian y gallu strategol cyfredol y byddai'r GIG yn ei ddarparu yn Lloegr, a'r un fath yng Nghymru.

[267] **Jocelyn Davies:** Pa wasanaethau yr ydych yn eu comisiynu o'r sector preifat?

Mr Lang: At the moment, we commission very little from the private sector. We use the sector to help us to reduce waiting lists, which takes us back to this protected capacity issue, but we do not routinely commission a lot of care from that sector at the moment. There are odd bits here and there and individual packages of care. In terms of patients with complex needs who may be supported in the community, the private sector will often work in that area. Obviously, the independent sector, or the nursing home sector, is a major sector that we commission from, but we commission very little from the private hospital sector. Having said that, as part of our forward view of how we deliver capacity in orthopaedics, I think that that has to be viewed as one of the options.

Ms Rees: I do not have much to add to what Geoff has just said. We do not commission routinely in the private sector. It is a standby. If we do not unravel the systems and processes for new commissioning models, it may be that we rely more on the private sector. However, our service and commissioning plan, which we have just taken to the board, talks about the capacity within our NHS providers and not within the private sector.

[268] **Jocelyn Davies:** So, are you saying that, in the long term, you would choose the NHS rather than the private sector, and that you do not see a role for the private sector in the long term?

Ms Rees: Yes.

Mr Lang: Ar hyn o bryd, nid ydym yn comisiynu llawer o'r sector preifat. Yr ydym yn defnyddio'r sector i'n cynorthwyo i ostwng y rhestrau aros, sy'n mynd â ni'n ôl at y mater o amddiffyn gallu, ond nid ydym yn comisiynu llawer o ofal yn rheolaidd o'r sector hwnnw ar hyn o bryd. Mae yna dameidiau yma ac acw a pheccynau gofal unigol. O ran cleifion gydag anghenion cymhleth sy'n cael eu cynorthwyo yn y gymuned o bosibl, bydd y sector preifat yn aml yn gweithio yn y maes hwnnw. Yn amlwg, mae'r sector annibynnol, neu'r sector cartrefi nyrsio, yn sector mawr yr ydym yn comisiynu ganddo, ond nid ydym yn comisiynu llawer o'r sector ysbytai preifat. Ond ar ôl dweud hynny, fel rhan o'n cynlluniau ar gyfer y dyfodol ar sut y byddwn yn darparu gwasanaethau orthopedig, credaf fod yn rhaid i ni ystyried hynny fel un o'r opsiynau.

Ms Rees: Nid oes gennyf lawer i ychwanegu at yr hyn a ddywedodd Geoff. Nid ydym yn comisiynu yn rheolaidd yn y sector preifat. Cynllun wrth gefn ydyw. Os nad ydym yn datrys y systemau a'r prosesau ar gyfer modelau comisiynu newydd, efallai y byddwn yn dibynnu mwy ar y sector preifat. Fodd bynnag, mae ein gwasanaeth a'n cynllun comisiynu, yr ydym newydd eu rhoi ar waith, yn trafod gallu ein darparwyr GIG ac nid y gallu yn y sector preifat.

[268] **Jocelyn Davies:** Felly, a ydych yn dweud, yn yr hirdymor, y byddech yn dewis y GIG yn hytrach na'r sector preifat, ac nad ydych yn gweld bod gan y sector preifat rôl yn yr hirdymor?

Ms Rees: Ydwyf.

Mr Lang: I am open-minded about it. We are currently looking at plans that should weigh up the options. If the private sector is able to deliver value for money and guaranteed access to high-quality care for patients, I think that we should look at that and test it. I do not have a firm view on what the answer will be. However, I think that we should be open-minded about it.

[269] **Alun Cairns:** In response to your last answer, Ms Rees, in view of the fact that the private sector is quite a dynamic environment where costs can rise or fall relatively sharply, depending on your band quite often, do you still not see a role for the private sector?

Ms Rees: In terms of hospital care and provision, I think that our first choice in Pembrokeshire, because we work with five providers, is to look at the NHS capacity. It is about working through systems and processes from the demand management to the strategies that we are putting in to be able to deliver it in the NHS.

[270] **Alun Cairns:** Even if an operation costs more within the NHS than the private sector because of this dynamic environment that I talked about, do you still think that the commitment should be to commission within the NHS, although it is costing the public purse more money?

Ms Rees: I think that we are limited in Pembrokeshire in terms of the geographical arrangements of private providers. So, we would be looking at home, to be able to deliver our own needs from an NHS establishment.

[271] **Alun Cairns:** Is that your view, despite the fact that the second offer scheme can potentially take people away?

Mr Lang: Yr wyf yn cadw meddwl agored am hynny. Ar hyn o bryd yr ydym yn edrych ar gynlluniau a ddylai bwysu a mesur yr opsiynau. Os yw'r sector preifat yn gallu darparu gwerth am arian a sicrwydd o fynediad i ofal o ansawdd uchel i gleifion, credaf y dylem edrych ar hynny ac arbrofi. Nid wyf yn sicr beth fydd yr ateb. Fodd bynnag, credaf y dylem gadw meddwl agored ynglyn â hyn.

[269] **Alun Cairns:** Mewn ymateb i'ch ateb diwethaf, Ms Rees, gan ystyried y ffaith bod y sector preifat yn amgylchedd eithaf deinamig lle gall costau godi neu ddisgyn yn eithaf cyflym, yn dibynnu ar eich band yn eithaf aml, onid ydych yn gweld rôl i'r sector preifat?

Ms Rees: O ran gofal ysbyty a darpariaeth, credaf mai'n dewis cyntaf yn sir Benfro, oherwydd ein bod yn gweithio gyda phum darparwr, yw edrych ar allu'r GIG. Mae'n ymwneud â gweithio drwy systemau a phrosesau i reoli'r galw i'r strategaethau yr ydym yn eu cyflwyno i allu ei ddarparu yn y GIG.

[270] **Alun Cairns:** Hyd yn oed os yw llawdriniaeth yn costio mwy yn y GIG na'r sector preifat oherwydd yr amgylchedd deinamig y bu i mi sôn amdano, a ydych yn dal i feddwl y dyliid ymrwymo i gomisiynu o fewn y GIG, er ei fod yn defnyddio mwy o arian cyhoeddus?

Ms Rees: Credaf ein bod yn cael ein cyfyngu yn sir Benfro o ran trefniadau daearyddol darparwyr preifat. Felly, byddwn yn troi ein golygon tuag adref, i allu diwallu ein hanghenion ein hunain o sefydliad GIG.

[271] **Alun Cairns:** Ai hynny yw eich barn, er y gall cynllun yr ail gynnig fynd â phobl i ffwrdd o bosibl?

Ms Rees: I think that the second offer scheme, in terms of its evaluation, will identify what I have said—it's working as a barrier to benefits in terms of the number of refusals.

[272] **Leighton Andrews:** I wanted to ask Mr Lang about the issue of tariffs. You referred to the difference between England and Wales. Would you elaborate on that and say whether you think there is a role for them in Wales?

Mr Lang: Certainly. England is increasingly moving to a system whereby the rate at which primary-care organisations pay trusts for activity is predetermined. It is linked closely to the amount of activity undertaken and is a strict financial calculation. That has certain advantages for a commissioner in that, if you wish to commission extra capacity, you do not have to spend time worrying whether the tariff is right, whether other services are being loaded into it, or whether we are covering other costs. You know that, if you want to buy 20 hip replacements, you are going to have to pay a certain amount for them. Therefore, there is an advantage there. However, there are also some down sides to it. One particular issue for us in north-east Wales is that foundation trusts are guaranteed that income. The framework is that, if they do the operations, you will pay. As a commissioner, that can leave you slightly vulnerable to additional financial costs, because, if demands rise, you are not then in a position to manage them. So, there are tensions within it, but, as a framework, it is helpful.

Ms Rees: Credaf y bydd cynllun yr ail gynnig, o ran ei werthuso, yn nodi yr hyn a ddywedais—mae'n gweithio fel rhwystr i fanteision o ran nifer y gwrthodiadau.

[272] **Leighton Andrews:** Yr oeddwn am holi Mr Lang am fater tariffau. Bu i chi gyfeirio at y gwahaniaeth rhwng Cymru a Lloegr. A allwch ymhelaethu ar hynny a dweud a ydych yn credu bod rôl iddynt yng Nghymru?

Mr Lang: Yn sicr. Mae Lloegr yn symud fwyfwy at system lle pennir ymlaen llaw y gyfradd y mae sefydliadau gofal sylfaenol yn talu i ymddiriedolaethau am weithgarwch. Mae'n cael ei gysylltu'n agos â faint o weithgarwch a gyflawnir ac mae'n gyfrifiad ariannol caeth. Mae manteision penodol i hynny i gomisiynydd o ran, os ydych am gomisiynu gallu ychwanegol, nid oes yn rhaid i chi dreulio amser yn poeni a yw'r tariff yn iawn, a yw gwasanaethau eraill yn cael eu llwytho arno, neu a ydym yn talu'r costau eraill. Gwyddoch, os ydych am brynu 20 llawdriniaeth gosod clun newydd, y bydd yn rhaid i chi dalu swm penodol amdanynt. Felly, mae mantais yno. Fodd bynnag, mae anfanteision hefyd. Un mater penodol i ni yn y Gogledd-ddwyrain yw bod ymddiriedolaethau sefydledig yn cael sicrwydd o'r incwm hwnnw. Mae'r fframwaith yn golygu, os ydynt yn gwneud y llawdriniaethau, y byddwch yn talu. Fel comisiynydd, gall hynny eich gadael ychydig yn agored i gostau ariannol ychwanegol, oherwydd, os oes cynnydd yn y galw, nid ydych wedyn mewn sefyllfa i'w reoli. Felly, mae tensiynau yn hyn o beth, ond, fel fframwaith, mae'n ddefnyddiol.

In my view, I would not necessarily go so far as to say that we should implement a system in Wales where all the activity times the price equals the amount of money that you pay. The national health service is more sophisticated than that. Certainly, in the emergency services, you could introduce some extreme and perverse incentives. You could have a situation whereby a hospital would be looking to admit patients because every patient brings £3,000 with them, as opposed to our current strategy, which is to look at investing in infrastructure in the community and turning that tide to promote more independent living. So, there are benefits in the financial framework, in value for money, and in pushing efficiency issues, but there are also risks in wholeheartedly adopting a tariff-based structure.

[273] **Jocelyn Davies:** Mr Lang, it is interesting for you that you deal with both English and Welsh trusts, and you have explained to us some of the differences between them. However, are you aware of any patients in your area who are waiting for treatment in English trusts and who are waiting longer than English patients in the same English trusts?

Mr Lang: Yes, I am.

[274] **Jocelyn Davies:** Thank you for that. What, for you, are the main implications of the differences between health policy in England and in Wales?

Yn fy marn i, ni fyddwn o reidrwydd yn mynd mor bell â dweud y dylem weithredu system yng Nghymru lle mae pris amser yr holl weithgarwch yn gyfwerth â'r arian yr ydych yn ei dalu. Mae'r gwasanaeth iechyd gwladol yn fwy soffistigedig na hynny. Yn sicr, yn y gwasanaethau brys, gallech gyflwyno cymhellion eithafol a gwrthnysig. Gallech fod mewn sefyllfa lle byddai ysbyty yn ceisio derbyn cleifion oherwydd bod pob claf yn denu £3,000, yn hytrach na'n strategaeth bresennol, sef edrych ar fuddsoddi mewn seilwaith yn y gymuned a chynorthwyo pobl i fyw'n fwy annibynnol. Felly, mae manteision yn y fframwaith ariannol, o ran gwerth am arian, ac wrth geisio gwrthio materion effeithlonrwydd, ond mae peryglon hefyd wrth fabwysiadu strwythur ar sail tariff yn llwyr.

[273] **Jocelyn Davies:** Mr Lang, mae'n ddiddorol eich bod yn delio gydag ymddiriedolaethau o Gymru a Lloegr, ac yr ydych wedi egluro rhai o'r gwahaniaethau rhyngddynt. Fodd bynnag, a ydych yn ymwybodol o unrhyw gleifion yn eich ardal sy'n aros am driniaeth mewn ymddiriedolaethau yn Lloegr ac sy'n aros yn hwy na chleifion o Loegr yn yr un ymddiriedolaethau o Loegr?

Mr Lang: Ydwyf.

[274] **Jocelyn Davies:** Diolch am hynny. Beth, yn eich barn chi, yw prif oblygiadau'r gwahaniaethau rhwng polisi iechyd Cymru a Lloegr?

Mr Lang: I will start with the waiting-times issue; it is a key one. We find that there are situations where patients wait longer; we have a significant arrangement with the Robert Jones and Agnes Hunt Orthopaedic and District Hospital in Oswestry, which serves many people, not just in north-east Wales, but across north Wales, because it also deals in specialist work. There are great difficulties, mainly at the patient/clinician interface, where consultants have to explain to patients that, because they happen to live in the wrong village, they must wait a further nine months for their surgery. It is not easy to explain to anybody that there is any justification for that. I understand that it is a matter of policy, we manage that and explain to patients that that is the reason for it. That is a very practical, on-the-ground difficulty. Where that also leads us, as commissioners, is to a situation where our influence, in terms of being able to commission services for our residents with those same hospitals, is diminishing as those gaps become bigger.

Hospitals such as the Robert Jones and Agnes Hunt hospital, the Countess of Chester Hospital, which is right on the border, and the hospitals in Hereford and Shrewsbury, both of which have a strong link to Powys, are focusing very hard on delivering the English targets. That is where their accountability lies, and they refer straight back to Westminster, ultimately, in terms of their performance. That means that it becomes increasingly frustrating, difficult and annoying for them to have to manage two different systems and, because of the resource constraints that we have, I, for example, can only commission an 18-month waiting time. I do not have the resources to commission it down to nine months, as England is doing. I would like to be able to do so, but then that would present a further inequity when we come back into Wales. So, there is an

Mr Lang: Dechreuaf gyda'r amseroedd aros; mae'n fater allweddol. Yr ydym yn canfod bod sefyllfaoedd lle mae cleifion yn aros yn hwy; mae gennym drefniant pwysig gydag Ysbyty Orthopedig a Dosbarth Robert Jones ac Agnes Hunt yng Nghroesoswallt, sy'n gwasanaethu llawer o bobl, nid yn unig yn y Gogledd-ddwyrain, ond ledled y Gogledd, oherwydd ei bod hefyd yn delio mewn gwaith arbenigol. Mae anawsterau mawr, yn bennaf o ran cydgysylltu'r claf/clinigwr, lle mae meddygon ymgynghorol yn gorfod egluro i gleifion bod yn rhaid iddynt aros naw mis pellach am eu llawdriniaeth, oherwydd eu bod yn byw yn y pentref anghywir. Nid yw'n hawdd egluro i unrhyw un bod unrhyw gyfiawnhâd dros hynny. Deallaf ei fod yn fater o bolisi, yr ydym yn rheoli hynny ac yn egluro i gleifion mai dyna yw'r rheswm amdano. Mae hynny'n anhawster ymarferol, cyffredinol iawn. Mae hynny hefyd yn ein rhoi ni, fel comisiynwyr, mewn sefyllfa lle mae ein dylanwad, o ran gallu comisiynu gwasanaethau ar gyfer ein preswylwyr gyda'r un ysbytai hynny, yn lleihau wrth i'r bylchau hynny gynyddu.

Mae ysbytai fel ysbyty Robert Jones ac Agnes Hunt, Ysbyty Iarlles Caer, sydd ar y ffin, ac ysbytai Henffordd a'r Amwythig, sydd â chysylltiad agos â Phowys, yn canolbwyntio'n galed iawn ar gyflawni targedau Lloegr. Yno mae eu hatebolrwydd, ac maent yn cyfeirio yn syth yn ôl at San Steffan, yn y pen draw, o ran eu perfformiad. Mae hynny'n golygu ei bod yn mynd yn gynyddol rhwystredig, anodd a blinderus iddynt orfod rheoli dwy system wahanol ac, oherwydd y cyfyngiadau adnoddau sydd gennym, ni allaf i, er enghraifft, ond gomisiynu amseroedd aros 18 mis. Nid oes gennyf yr adnoddau i'w gomisiynu i lawr i naw mis, fel y mae Lloegr yn ei wneud. Hoffwn allu gwneud hynny, ond byddai hynny wedyn yn ychwanegu annhegwch pellach wrth i ni ddod yn ôl i Gymru. Felly, mae mater yma am ba mor

issue about how influential we will be with English providers for the future, and I think that that is being undermined. There is a major interdependence between Wales and England and, if you look at, in my case, north-east Wales, the interdependence is not equal—we depend on England more than England depends on us.

[275] **Jocelyn Davies:** Do you have patients coming from England?

Mr Lang: We do indeed.

[276] **Jocelyn Davies:** For what kind of treatment?

Mr Lang: It is a mixture. Emergency-care patients come across the border, because, for example, Wrexham Maelor Hospital may be their nearest district general hospital, so there is a flow there. We also have elective-care patients across a range of services, mainly due to historic referral patterns. Sometimes it is down to the proximity of GP practices to particular hospitals, and sometimes it is down to clinical excellence. There are some excellent services that attract referrals. The issue emerging more and more is that of booking systems, because waiting times are so much longer and the choice agenda in England is being heightened. We have seen much in the press about this, and about how booking systems are, or are not, working. However, the theory of that exercise is that a GP will present to patients the options available to them, and they will book up the time. They must offer five providers and, if four of them can see the patient within 12 weeks and can perform the operation within three months, and the other provider will see the patient in maybe 12 months and the operation will take place another year after that, there is a strong potential for those referrals to change. That will financially destabilise hospitals on the border. The North East Wales NHS Trust

ddylanwadol y byddwn gyda darparwyr o Loegr yn y dyfodol, a chredaf fod hynny yn cael ei danseilio. Mae cyd-ddibyniaeth sylweddol rhwng Cymru a Lloegr, ac, os edrychwch, yn fy achos i, ar y Gogledd-ddwyrain, nid yw'r gyd-ddibyniaeth yn gyfartal—yr ydym yn dibynnu mwy ar Loegr nag y mae Lloegr yn dibynnu arnom ni.

[275] **Jocelyn Davies:** A oes gennych gleifion yn dod o Loegr?

Mr Lang: Oes yn wir.

[276] **Jocelyn Davies:** Am ba fath o driniaeth?

Mr Lang: Mae'n gymysgedd. Mae cleifion gofal brys yn croesi'r ffin, oherwydd, er enghraifft, efallai mai Ysbyty Maelor Wrecsam yw'r ysbyty cyffredinol dosbarth agosaf, felly mae llif yno. Mae gennym hefyd gleifion gofal dewisol ar draws amrywiaeth o wasanaethau, yn bennaf oherwydd patrymau cyfeirio hanesyddol. O bryd i'w gilydd mae hyn oherwydd agosrwydd meddygfeydd meddygon teulu at ysbytai penodol, ac weithiau mae oherwydd rhagoriaeth glinigol. Mae rhai gwasanaethau rhagorol sy'n denu cyfeiriadau. Mae systemau bwcio yn fater sy'n codi dro ar ôl tro, oherwydd bod amseroedd aros cymaint hirach ac mae'r agenda ddewis yn Lloegr yn dwysáu. Yr ydym wedi gweld llawer yn y wasg am hyn, ac am sut mae systemau bwcio yn gweithio, neu sut maent yn methu â gweithio. Fodd bynnag, damcaniaeth yr ymarfer yw y bydd meddyg teulu yn cyflwyno'r opsiynau sydd ar gael i'r cleifion, a byddant yn bwcio'r amser. Mae'n rhaid iddynt gynnig pum darparwr ac, os yw pedwar ohonynt yn gallu gweld y claf o fewn 12 wythnos ac yn gallu cyflawni'r llawdriniaeth o fewn tri mis, ac efallai y bydd y darparwr arall yn gweld y claf mewn 12 mis o bosibl a bydd y llawdriniaeth yn cael ei chyflawni flwyddyn arall ar ôl hynny, mae

will be destabilised. Probably around £1 million of that trust's income is at risk from those sorts of changes. So, that is a very real impact of the policy difference.

The final point in terms of what I see as the policy difference is the impact of capacity, in terms of how England has approached its waiting-times problem and has strategically placed capacity. Whether that has been through independent treatment centres or treatment centres in NHS hospitals, it has recognised the need to have more theatres, more clinicians and wards to do the work, and has strategically planned that. It has not been left to local discretion to work up small schemes to give every hospital slightly more capacity; there has been a strategic drive. That has given those in England the ability to deliver and, to someone like me who sits on the border, that presents an opportunity to use that capacity, which also has implications for our local hospital. So, some very real issues emerge from the differences.

[277] **Carl Sargeant:** I will be brief. I did not think that we were going to delve into the realms of Chester, so I did not declare this earlier: I am a non-executive member of the board of the Countess of Chester Hospital.

You made a point, Mr Lang, about dependency on cross-border services. A very important point is that cross-border hospitals, such as those in Chester and Shrewsbury and so on, are very dependent on income from the Welsh sector—I think that 20 per cent or 25 per cent of their business comes from the Welsh market—so we are significant in their operation.

potensial cryf i'r cyfeiriadau hynny newid. Bydd hynny'n ansefydlogi ysbytai ar y ffin yn ariannol. Bydd Ymddiriedolaeth GIG Gogledd-dwyrain Cymru yn cael ei ansefydlogi. Mae'n debyg bod tua £1 miliwn o incwm yr ymddiriedolaeth honno mewn perygl yn sgil y math hynny o newidiadau. Felly, dyna effaith wirioneddol y gwahaniaeth polisi.

Y pwynt olaf o ran yr hyn y gwelaf fel y gwahaniaeth polisi yw effaith y gallu, o ran sut mae Lloegr wedi mynd i'r afael â'i phroblem amseroedd aros ac wedi gosod gallu yn strategol. Waeth a yw hynny wedi bod drwy ganolfannau triniaeth annibynol neu ganolfannau triniaeth mewn ysbytai GIG, mae wedi cydnabod yr angen i gael mwy o theatrau, mwy o glinigwyr a wardiau i wneud y gwaith, ac mae wedi cynllunio hynny'n strategol. Ni chafwyd rhyddid lleol i roi cynlluniau bach ar waith er mwyn rhoi ychydig mwy o allu i bob ysbyty; bu ymdrech strategol. Mae hynny wedi rhoi'r gallu i'r rheini yn Lloegr i gyflawni ac, i rywun fel minnau sydd ar y ffin, mae hynny'n rhoi cyfle i ddefnyddio'r gallu hwnnw, sydd hefyd ag iddo oblygiadau i'n hysbyty lleol ni. Felly, mae rhai materion gwirioneddol iawn yn deillio o'r gwahaniaethau.

[277] **Carl Sargeant:** Byddaf yn gryno. Nid oeddwn yn credu ein bod am fynd ar drywydd Caer, felly ni ddatgelais hyn yn gynharach: yr wyf yn aelod anweithredol o fwrdd Ysbyty Iarlles Caer.

Bu i chi sôn, Mr Lang, am ddibyniaeth ar wasanaethau trawsffiniol. Pwynt pwysig iawn yw bod ysbytai trawsffiniol, fel y rheini yng Nghaer a'r Amwythig ac ati, yn ddibynnol iawn ar incwm o sector Cymru—credaf fod 20 y cant neu 25 y cant o'u busnes yn dod o farchnad Cymru—felly yr ydym yn bwysig o ran y ffordd y maent yn gweithredu.

Mr Lang: It is very much about interdependence, but the point, maybe, is that the balance of it is such that we depend more upon those providers than English commissioners depend on Welsh providers. However, you are right: that is a key part of their business.

[278] **Mick Bates:** Some of the issues that I wished to raise were touched on earlier. I will refer particularly to paragraph 4.52 in volume 2, and to figure 25. It is noted there that the revised commissioning arrangements have not yet fully bedded in because of the challenging agenda that the new local health boards face. Figure 25 identifies opportunities and risks inherent in the new commissioning arrangements. In his report, the Auditor General identifies several opportunities for new commissioning arrangements, set up in 2003, but he also identifies several risks. A question for you both is: in your view, do the 22 local health boards have the sufficient expertise and skills necessary to do an effective job?

Ms Rees: We are working together in terms of looking at how we jointly commission on a regional basis. The point on risk is well made and there is an issue around capacity. There is also the need to avoid duplication, and to ensure that patients get a good deal, because we have the expertise to commission. So, there is more working together, and, certainly in mid and west Wales, we are looking at facilitated help in terms of determining commissioning patterns for the region.

Mr Lang: Mae'n ymwneud llawer iawn â chydddibyniaeth, ond y pwynt, o bosibl, yw bod ei gydbwysedd yn golygu ein bod yn dibynnu mwy ar y darparwyr hynny nag y mae comisiynwyr Lloegr yn dibynnu ar ddarparwyr Cymru. Fodd bynnag, yr ydych yn gywir: mae hynny'n rhan allweddol o'u busnes.

[278] **Mick Bates:** Crybwyllwyd rhai o'r materion yr oeddwn am eu trafod yn gynharach. Cyfeiriaf yn benodol at baragraff 4.52 yng nghyfrol 2, ac at ffigur 25. Nodir yno nad yw'r trefniadau comisiynu diwygiedig wedi'u cyflwyno'n llawn eto oherwydd yr agenda llawn her sy'n wynebu'r byrddau iechyd lleol newydd. Mae ffigur 25 yn nodi cyfleoedd a risgiau sy'n gynhenid yn y trefniadau comisiynu newydd. Yn ei adroddiad, mae'r Archwilydd Cyffredinol yn nodi sawl cyfle ar gyfer trefniadau comisiynu newydd, a sefydlwyd yn 2003, ond mae hefyd yn nodi sawl risg. Cwestiwn i chi'ch dau: yn eich barn chi, a oes gan y 22 bwrdd iechyd lleol yr arbenigedd digonol a'r sgiliau sy'n angenrheidiol i wneud gwaith effeithiol?

Ms Rees: Yr ydym yn gweithio gyda'n gilydd i edrych ar sut yr ydym yn cyd-gomisiynu yn rhanbarthol. Mae'r pwynt ar risgiau yn un da ac mae gallu yn bwnc trafod. Mae angen hefyd i sicrhau nad ydym yn gwneud yr un gwaith ac i sicrhau bod y cleifion yn cael bargaen well, oherwydd bod gennym yr arbenigedd i gomisiynu. Felly, mae mwy o weithio gyda'n gilydd, ac, yn sicr yn y Canolbarth a'r Gorllewin, yr ydym yn edrych ar gymorth wedi'i hwyluso o ran pennu patrymau comisiynu ar gyfer y rhanbarth.

From a mental health point of view, as we have the lead in Pembrokeshire, we are working as a collegiate with others. So, if you want the best deal for patients, it does not matter what the organisational structure is, it is a matter of working together to ensure that you get the best deal.

Mr Lang: I think that, to a degree, skills and competencies depend on the sort of service that you are commissioning and which element of it you are commissioning. Local health boards bring a very strong advantage in terms of an ability to work with primary care and to develop demand-management alternatives to acute sector care. So, if you look at the Wanless strategic agenda, which is about more community focus, and people taking more responsibility for their own health and therefore avoiding a dependence on hospitals, the skills in local health boards are extremely well equipped to deal with that agenda. They are, by their very nature, small organisations, and they have a dependence upon each other and on the trusts that work with clusters of local health boards, and there is no doubt that that brings complexity. It would be far easier if you had one commissioner with one hospital or, even better, one commissioner with five hospitals, looking at the pattern across them. However, that is something that we can achieve. We are already, as Bernie says, working in regional groups. We have examples in north Wales of where one local health board commissions a particular service on behalf of everyone, and Bernie alluded to mental health services in Pembrokeshire. So, the skills are there; it is now a matter of how we harness them, dependent upon which service we are looking at, and we are maturing into that. I would not try to say to you that we have that sorted and that our collaborative arrangements are as well developed as they need to be, but we are aware of it and are working on it.

O safbwynt iechyd meddwl, oherwydd mai ni sy'n arwain y maes yn sir Benfro, yr ydym yn cydweithio ag eraill. Felly, os ydych am gael y ddarpariaeth orau i gleifion, nid oes gwahaniaeth beth yw'r strwythur cyfundrefnol, mae'n fater o weithio gyda'n gilydd i sicrhau eich bod yn cael bargaen well.

Mr Lang: Credaf, i raddau, bod sgiliau a chymwyseddau yn dibynnu ar y math o wasanaeth yr ydych yn ei gomisiynu a pha elfen ohono yr ydych yn ei gomisiynu. Mae byrddau iechyd lleol yn rhoi mantais gref iawn o ran y gallu i weithio gyda gofal sylfaenol a datblygu opsiynau rheoli galw amgen i ofal sector aciwt. Felly, os edrychwch ar agenda strategol Wanless, sy'n ymwneud â chanolbwyntio'n fwy ar y gymuned, a phobl yn cymryd rhagor o gyfrifoldeb am eu hiechyd eu hunain ac felly'n osgoi dibyniaeth ar ysbytai, mae gan y byrddau iechyd lleol ddigon o sgiliau i ddelio â'r agenda honno. Maent, o ran eu natur, yn sefydliadau bach, ac maent yn dibynnu ar ei gilydd ac ar yr ymddiriedolaethau sy'n gweithio gyda chlystyrau o fyrddau iechyd lleol, ac nid oes amheuaeth bod dryswch yn ei sgîl. Byddai'n llawer haws cael un comisiynwr gydag un ysbyty neu, yn well byth, un comisiynydd gyda phum ysbyty, yn edrych ar y patrwm ar eu traws. Fodd bynnag, mae hynny'n rhywbeth y gallwn ei gyflawni. Yr ydym eisoes, fel y dywedodd Bernie, yn gweithio mewn grwpiau rhanbarthol. Mae gennym enghreifftiau yn y Gogledd lle mae un bwrdd iechyd lleol yn comisiynu gwasanaeth penodol ar ran pawb, a chyfeiriodd Bernie at wasanaethau iechyd meddwl yn sir Benfro. Felly, mae'r sgiliau yno; mae'n ymwneud yn awr â sut yr ydym yn eu defnyddio, yn dibynnu ar ba wasanaeth yr ydym yn edrych arno, ac yr ydym yn aeddfedu i wneud hynny. Ni fyddwn yn ceisio dweud ein bod wedi ymdrin â hynny'n llwyr a bod ein trefniadau cydweithredu wedi'u datblygu cymaint ag sy'n ofynnol, ond yr ydym yn

[279] **Mick Bates:** In terms of Wrexham, with the cross-border issues which further complicate that, what steps are you taking to build strategic regional commissioning?

Mr Lang: In terms of north Wales, we have what we refer to as the north Wales planning forum, which is a gathering of all local health board chief executives, the trust chief executives and the regional director of the Welsh Assembly Government Health and Social Care Department. That forum is looking at the key strategic issues, and it has been formed on the basis that we recognise that individual local health boards cannot deal with all the challenges and, indeed, individual local health boards and trusts in their health community—and, for me, that means Wrexham, Flintshire and the north-east Wales trust—cannot deal with all the challenges. We are recognising that we must look at certain issues across north Wales, and the strategic solution to orthopaedic services, as an example, is one that we are taking a north-Wales view on. That will not necessarily be to up the capacity in three hospitals by the same factor and carry on with the same model. So, we are recognising that and learning to work with the system that we have.

[280] **Mick Bates:** In that case, does every local health board really need a director of finance and a director of commissioning? If you are co-operating, as has been said, is it better, perhaps, to have just one director?

ymwybodol o hynny ac yn gweithio arno.

[279] **Mick Bates:** O ran Wrecsam, gyda'r materion trawsffiniol sy'n cymhlethu hynny ymhellach, pa gamau yr ydych yn eu cymryd i feithrin comisiynu rhanbarthol strategol?

Mr Lang: O ran y Gogledd, mae gennym yr hyn yr hyn yr ydym yn cyfeirio ato fel fforwm cynllunio'r Gogledd, sef casgliad o holl brif weithredwyr y byrddau iechyd lleol, prif weithredwyr yr ymddiriedolaethau a chyfarwyddwr rhanbarthol Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol Llywodraeth Cynulliad Cymru. Mae'r fforwm hwnnw yn edrych ar y materion strategol allweddol, ac mae wedi'i sefydlu ar y sail ein bod yn cydnabod na all y byrddau iechyd lleol unigol ymdrin â'r holl heriau ac, yn wir, ni all byrddau iechyd lleol unigol ac ymddiriedolaethau yn eu cymunedau iechyd—ac, i mi, mae hynny'n golygu Wrecsam, sir y Fflint ac ymddiriedolaeth y Gogledd-ddwyrain—ymdrin â'r holl heriau. Yr ydym yn cydnabod bod yn rhaid i ni edrych ar faterion penodol ledled y Gogledd, ac mae'r ateb strategol i wasanaethau orthopedig, fel enghraifft, yn un yr ydym yn ei ystyried yn y Gogledd. Ni fydd hynny o reidrwydd yn golygu cynyddu'r gallu yn y tri ysbyty yn ôl yr un ffactor a pharhau gyda'r un model. Felly, yr ydym yn cydnabod hynny ac yn dysgu gweithio gyda'r system sydd gennym.

[280] **Mick Bates:** Os yw hynny'n wir, a oes angen cyfarwyddwr cyllid a chyfarwyddwr comisiynu ar bob bwrdd iechyd lleol? Os ydych yn cydweithio, fel sydd wedi'i grybwyll, oni fyddai'n well, o bosibl, i gael un cyfarwyddwr yn unig?

Mr Lang: Every local health board does need both a director of finance and a director of commissioning. We must reflect on two issues here: one is the management process that we have to deal with, and the other is the public accountability and stewardship that we must discharge. From the latter perspective, there is a very clear need for that. If you look at the resources and skills required, there is probably not an excess of skill among the local health boards. If you add it all up and ask 'Is it enough to do the job?', I do not believe that we have more resource than we need to do the job. It is a matter of how we galvanise that. Having, in north Wales, six finance directors who can each lead on particular issues, move things forward and make them happen, is not inappropriate from a management perspective and, as I said, from a governance perspective, it is vital that those posts are in place to account to their board and to the public.

[281] **Mick Bates:** Thank you. Would you also like to comment on that, Ms Rees?

Ms Rees: I would just say that you do need the team, because the LHBs are responsible for health and wellbeing, as well as for just health and, to do that, you need the spread of people with the expertise to be able to look at the full plethora of responsibilities from a local health point of view.

Mr Lang: Mae angen cyfarwyddwr cyllid a chyfarwyddwr comisiynu ar bob bwrdd iechyd lleol. Mae'n rhaid i ni ystyried dau fater yma: un ohonynt yw'r broses reoli y mae'n rhaid i ni ymdrin â hi, a'r llall yw'r atebolrwydd cyhoeddus a'r stiwardiaeth y mae'n rhaid i ni eu cyflawni. O safbwynt yr olaf, mae angen clir iawn am hynny. Os edrychwch ar yr adnoddau a'r sgiliau gofynnol, mae'n debyg nad oes gormodedd o sgiliau ymhlith y byrddau iechyd lleol. Os ydych yn ystyried yr holl waith a gofyn 'A yw'n ddigon i wneud y gwaith?', ni chredaf fod gennym fwy o adnoddau nag sydd eu hangen i wneud y gwaith. Mae'n ymwneud â sut yr ydym yn symbylu hynny. Nid yw cael chwe chyfarwyddwr cyllid yn y Gogledd sy'n gallu arwain ar faterion penodol, symud pethau ymlaen a gwneud iddynt ddigwydd yn amhriodol o safbwynt rheoli ac, fel y dywedais, o safbwynt llywodraethu, mae'n hanfodol bod y swyddi hynny yn eu lle i fod yn atebol i'w bwrdd ac i'r cyhoedd.

[281] **Mick Bates:** Diolch. A ydych hefyd am roi sylw ar hynny, Ms Rees?

Ms Rees: Hoffwn ddim ond dweud bod angen y tîm arnoch, oherwydd mae'r BILlau yn gyfrifol am iechyd a lles, yn ogystal ag am iechyd yn unig ac, i wneud hynny, mae angen gwahanol bobl gyda'r arbenigedd i allu edrych ar yr amrywiaeth llawn o gyfrifoldebau o safbwynt iechyd lleol.

[282] **Mick Bates:** Earlier, you mentioned problems with cross-border issues, and you made an interesting comment about performance management and the way that incentivises the system. You also made a comment about data for individual GPs. How robust is the collection of data, so that you can move towards more effective performance management, both in terms of your own trust and the information that you gather from English providers?

Mr Lang: In terms of the data, the basic data are there in terms of the number of patients accessing and receiving care for particular conditions in particular hospitals. We have those data at individual patient level, and we can aggregate them. That is the same in Wales as it is in England; there is no difference. In terms of data with regard to referrals, for example, which I referenced earlier, that information is not available at an individual GP level either in Wales or in England. It is all at practice level, and therefore we have a common agenda. My experience in terms of accessing information from England is that it is no more difficult to get information from England than it is from Welsh providers, and you can usually get the same analysis. Some providers in England are far more attuned to it because, in some instances, their performance-management of waiting lists and their delivery of targets has been heightened to such a level that their information systems have followed that and they have had to do it. I have no real experience of problems in terms of accessing information from England. When we move forward with an information strategy, and start to look at issues such as automatic electronic referrals and booking of appointments into hospitals, whether in Wales or in England, there are issues at the interface about whether the systems will work with each other. That is not necessarily about data collection—that is how the systems will engage. As I say, I do not have

[282] **Mick Bates:** Yn gynharach, bu i chi grybwyll problemau gyda materion trawsffiniol, a gwnaethoch sylw diddorol am reoli perfformiad a'r ffordd y mae hynny'n ysgogi'r system. Gwnaethoch sylw hefyd am ddata ar gyfer meddygon teulu unigol. Pa mor rymus yw'r casgliad o ddata, er mwyn i chi allu symud i reoli perfformiad yn fwy effeithiol, o ran eich ymddiriedolaeth eich hun a'r wybodaeth yr ydych yn ei chasglu gan ddarparwyr o Loegr?

Mr Lang: O ran y data, mae'r data sylfaenol yno o ran nifer y cleifion sy'n cael mynediad i ofal ac yn ei dderbyn am gyflyrau penodol mewn ysbytai penodol. Mae gennym y data hynny ar lefel cleifion unigol, a gallwn eu hagregu. Mae hynny yr un fath yng Nghymru ag y mae yn Lloegr; nid oes gwahaniaeth. O ran data mewn perthynas â chyfeiriadau, er enghraifft, y cyfeiriais ato'n gynharach, nid yw'r wybodaeth ar gael ar lefel meddyg teulu unigol yng Nghymru nac yn Lloegr. Mae hyn i gyd ar lefel ymarfer, ac felly mae gennym agenda gyffredin. O'm profiad o gael gafael ar wybodaeth o Loegr, nid yw'n anoddach i gael gwybodaeth o Loegr nag ydyw gan ddarparwyr o Gymru, oherwydd gallwch gael yr un dadansoddiad fel arfer. Mae rhai darparwyr yn Lloegr mewn cytgord â hyn i raddau mwy helaeth oherwydd, mewn rhai achosion, mae eu dulliau o reoli perfformiad amseroedd aros a chyflawni targedau wedi'u dwysáu i'r fath lefel fel bod eu systemau gwybodaeth wedi dilyn hynny ac maent wedi gorfod ei wneud. Nid oes gennyf brofiad gwirioneddol o broblemau o ran cael gafael ar wybodaeth o Loegr. Wrth i ni symud ymlaen gyda strategaeth wybodaeth, a dechrau edrych ar faterion fel cyfeiriadau electronig awtomatig a bwcio apwyntiadau i ysbytai, boed yn Lloegr neu yng Nghymru, mae materion cydgysylltu ynghylch a fydd y systemau yn gweithio gyda'i gilydd. Nid yw hynny o reidrwydd yn ymwneud â chasglu data—dyna sut y bydd y systemau yn

experience of data difficulties, as such, with England.

[283] **Mick Bates:** What about Pembrokeshire?

Ms Rees: We must do a lot of work with the data that we have available. There is data available, but it needs rigorous analysis. 'Informing Healthcare' will help us in terms of some of the capacity that it will release, but there is a lot of work to do in terms of primary care data.

[284] **Mick Bates:** Could you expand a little on that, because, in my view, this data is absolutely essential if we are to deliver a more effective service, particularly in terms of reducing waiting times?

Ms Rees: On looking at how general practice works, picking out referrals and what they actually do from a chronic disease management point of view, we certainly need to interrogate the contract data submitted as an output of the new general medical services contract, to be able to look at how we can influence pathways and the commissioning of pathways.

[285] **Mick Bates:** Thank you. Further, on the cross-border issues—

Janet Davies: We have run out of time, so could you be very brief please?

ymgysylltu. Fel y dywedais, nid oes gennyf brofiad o anawsterau data, fel y cyfryw, gyda Lloegr.

[283] **Mick Bates:** Beth am sir Benfro?

Ms Rees: Mae'n rhaid i ni wneud llawer o waith gyda'r data sydd ar gael i ni. Mae data ar gael, ond mae angen ei ddadansoddi'n drylwyr. Bydd 'Hysbysu Gofal Iechyd' yn ein cynorthwyo o ran rhywfaint o'r gallu y bydd yn ei ryddhau, ond mae llawer o waith i'w wneud gyda data gofal sylfaenol.

[284] **Mick Bates:** A allwch ymhelaethu ychydig ar hynny, oherwydd, yn fy marn i, mae'r data hwn yn gwbl hanfodol os ydym am ddarparu gwasanaeth mwy effeithiol, yn arbennig o ran gostwng amseroedd aros?

Ms Rees: Wrth edrych ar sut mae ymarfer cyffredinol yn gweithio, dethol atgyfeiriadau a beth y maent yn ei wneud mewn gwirionedd o safbwynt rheoli clefyd cronig, yn sicr mae angen i ni archwilio'r data contract a gyflwynwyd fel allbwn o'r contract gwasanaethau meddygol cyffredinol newydd, i allu edrych ar sut y gallwn ddylanwadu ar lwybrau a chomisiynu llwybrau.

[285] **Mick Bates:** Diolch. Ymhellach, ar y materion trawsffiniol—

Janet Davies: Mae amser yn ein maeddu, felly a allwch fod yn gryno iawn, os gwelwch yn dda?

[286] **Mick Bates:** With the widening gap between English and Welsh targets, what sort of pressures are you going to face as a commissioner, given the self-reliance that exists? My LHB is the Powys Local Health Board, and I am quite familiar with the economic pressures, but, as times are reduced, those are going to get more critical, are they not? What sort of scale of increase will you need to keep pace with the competition target of 18 weeks, if we are still at 18 months?

Mr Lang: It is very difficult to give a precise answer on the scale of additional investment or capacity. That is work that we are currently looking at—what would it take to get Wales to that position? As I alluded to earlier, the issues for me are related to tariff and access. If referrals are into hospitals in England, particularly given that the rules of financial reimbursement in England are different to those in Wales, that is a risk. We must keep an eye on that.

The issues about influence and strategic influence are important. As England moves on, delivers different targets and works in different ways, the hassle factor—for want of a better word—of dealing with Welsh commissioners becomes a big issue. That is particularly true if it is a small percentage—not 25 per cent of someone’s business, but a smaller percentage. That also presents a problem. So, those are quite key issues.

[286] **Mick Bates:** Gyda’r bwlch yn ehangu rhwng targedau Cymru a Lloegr, pa fath o bwysau y byddwch yn ei wynebu fel comisiynydd, o ystyried yr hunan-ddibyniaeth sy’n bodoli? Bwrdd Iechyd Lleol Powys yw fy BIL i, ac yr wyf yn gymharol gyfarwydd â’r pwysau economaidd, ond, wrth i amseroedd gael eu gostwng, bydd y rheini yn bwysicach fyth, oni fyddant? Pa fath o raddfa gynnydd y bydd angen i chi ei dilyn gyda’r targed cystadleuaeth o 18 wythnos, os byddwn yn dal ar 18 mis?

Mr Lang: Mae’n anodd iawn rhoi ateb manwl gywir ar raddfa buddsoddiad neu gapasiti ychwanegol. Mae hwn yn waith yr ydym yn ei wneud ar hyn o bryd—beth a fyddai’n ei olygu i gael Cymru yn y sefyllfa honno? Fel y crybwyllais yn gynharach, mae’r pynciau llosg i mi yn ymwneud â thariff a mynediad. Os atgyfeirir cleifion i ysbytai yn Lloegr, yn arbennig o ystyried bod y rheolau ad-daliadau ariannol yn Lloegr yn wahanol i’r rhai yng Nghymru, mae hynny’n risg. Mae’n rhaid i ni gadw llygad ar hynny.

Mae’r materion ynghylch dylanwad a dylanwad strategol yn bwysig. Wrth i Loegr symud ymlaen, gan gyflawni targedau gwahanol a gweithio mewn gwahanol ffyrdd, mae’r ffwdan—yn niffyg gair gwell—o ddelio â chomisiynwyr o Gymru yn dod yn fater pwysig. Mae hynny’n arbennig o wir os yw’n ganran fach—nid 25 y cant o fusnes rhywun, ond canran lai. Mae hynny hefyd yn achosi problem. Felly, mae rheini’n faterion eithaf allweddol.

[287] **Janet Davies:** We have come to the end of the first part of our hearing with local health board representatives. It is always helpful for this committee to be able to meet people who are operating systems on the ground. It gives us a far greater understanding when we are able to do that. So, thank you very much to both of you—Ms Rees and Mr Lang—for being so helpful today.

As you know, a verbatim transcript is being produced of this meeting; you will be sent the draft so that you can check it for accuracy. Please let us know if there are any inaccuracies in terms of what you said. Thank you again.

Gohiriwyd y cyfarfod rhwng 10.49 a.m. and 11.08 a.m.

The meeting adjourned between 10.49 a.m. and 11.08 a.m.

[288] **Janet Davies:** We will now move on to talk to chief executives from three national health service trusts, to get the trusts' view on this report, and on the difficulties that they face. I ask the three chief executives to introduce themselves.

Ms Perrin: I am Jane Perrin, chief executive of Swansea NHS Trust.

Mr Williams: I am Paul Williams, chief executive of Bro Morgannwg NHS Trust.

Mr Ross: I am Hugh Ross, chief executive of Cardiff and Vale NHS Trust.

[287] **Janet Davies:** Yr ydym wedi cyrraedd diwedd rhan gyntaf ein gwrandawriad gyda chynrychiolwyr byrddau iechyd lleol. Mae'n ddefnyddiol bob tro i'r pwyllgor hwn allu cyfarfod pobl sy'n gweithredu systemau ar lawr gwlad. Mae'n rhoi llawer gwell dealltwriaeth i ni pan fyddwn yn gallu gwneud hynny. Felly, diolch yn fawr i chi'ch dau—Ms Rees a Mr Lang—am fod yn gymaint o gymorth i ni heddiw.

Fel y gwyddoch, mae trawsgrifiad gair am air yn cael ei gynhyrchu o'r cyfarfod hwn; byddwch yn derbyn y drafft er mwyn i chi allu gwirio ei gywirdeb. Rhowch wybod i ni os oes unrhyw wallau o ran yr hyn a ddywedasoch. Diolch eto.

[288] **Janet Davies:** Symudwn ymlaen yn awr i siarad â phrif weithredwyr tair ymddiriedolaeth gwasanaeth iechyd gwladol, i gael barn yr ymddiriedolaethau ar yr adroddiad hwn, ac ar yr anawsterau y maent yn eu hwynebu. Gofynnaf i'r tri phrif weithredwr gyflwyno eu hunain.

Ms Perrin: Fi yw Jane Perrin, prif weithredwr Ymddiriedolaeth GIG Abertawe.

Mr Williams: Fi yw Paul Williams, prif weithredwr Ymddiriedolaeth GIG Bro Morgannwg.

Mr Ross: Fi yw Hugh Ross, prif weithredwr Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a'r Fro.

[289] **Janet Davies:** Headphones are available so that, if anyone wishes to speak in Welsh, they can do so and there will be simultaneous translation. The headphones also help with hearing difficulties if anyone is speaking particularly quietly. We will go straight into this issue, and I will ask the first question, but we will try to ensure that you know which volume of the report we are referring to at any particular time. I ask for answers that are as focused as possible, because we do not want to be here all day—this is a morning meeting. I will start by referring to paragraphs 2.5 and 2.6 in volume 1. The first question is aimed at all three trusts. From your point of view, why has the NHS failed to achieve the targets set by the Welsh Assembly Government?

Ms Perrin: We would argue that we are working to deliver the targets set by the Welsh Assembly Government, and the report covers the period up until July 2004. From a Swansea perspective, we are on target to hit Welsh Assembly Government waiting-time targets by the end of March, the end of the calendar year.

Mr Williams: I do not think I can speak for NHS Wales, but, in terms of my trust, we hit the targets during the period of the study.

Mr Ross: From my relatively recent perspective in Wales, I can only add that Cardiff and Vale NHS Trust will also hit the ministerial targets at the end of March. On events before July 2004, when I took up post, I am afraid I cannot help.

[289] **Janet Davies:** Mae clustffonau ar gael felly, os oes unrhyw un am siarad Cymraeg, gallant wneud hynny a bydd cyfieithu ar y pryd. Mae'r clustffonau hefyd yn helpu gydag anawsterau clywed os oes rhywun yn siarad yn arbennig o dawel. Awn ati i drafod y mater hwn yn ddiwed, ac yr wyf am ofyn y cwestiwn cyntaf, ond byddwn yn ceisio sicrhau eich bod yn gwybod pa gyfrol o'r adroddiad yr ydym yn cyfeirio ati ar unrhyw adeg arbennig. Gofynnaf am atebion sy'n glynu at y pwynt cymaint â phosibl, oherwydd nid ydym am fod yma drwy'r dydd—cyfarfod bore ydyw. Dechreuaf drwy gyfeirio at baragraffau 2.5 a 2.6 yng nghyfrol 1. Mae'r cwestiwn cyntaf wedi ei anelu at y tair ymddiriedolaeth. Yn eich barn chi, pam mae'r GIG wedi methu â chyflawni'r targedau a osodwyd gan Lywodraeth Cynulliad Cymru?

Ms Perrin: Byddem yn dadlau ein bod yn gweithio i gyflawni'r targedau a osodwyd gan Lywodraeth Cynulliad Cymru, ac mae'r adroddiad yn cwmpasu'r cyfnod hyd at fis Gorffennaf 2004. O safbwynt Abertawe, yr ydym ar darged i gyrraedd targedau amseroedd aros Llywodraeth Cynulliad Cymru erbyn diwedd mis Mawrth, diwedd y flwyddyn galendr.

Mr Williams: Ni chredaf y gallaf siarad ar ran GIG Cymru, ond, o ran fy ymddiriedolaeth i, bu i ni gyrraedd y targedau yn ystod cyfnod yr astudiaeth.

Mr Ross: O'm profiad cymharol ddiweddar yng Nghymru, ni allaf ond ychwanegu y bydd Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a'r Fro hefyd yn cyflawni targedau'r gweinidogion ddiwedd mis Mawrth. O ran y digwyddiadau cyn mis Gorffennaf 2004, pan ddechreuais fy swydd, yr wyf yn ofni na allaf helpu.

[290] **Alun Cairns:** I appreciate that you are new in post, Mr Ross, but can you offer your perspective on why targets were not achieved until recently? We are discussing the end of the calendar year, which is fine, but can Mrs Perrin give a view on why targets were missed, because that is what we are trying to get at? We are looking at the contents of the report, which ended some time ago. We are trying to establish the root issues so that we can try to introduce policies to help overcome them.

Mr Ross: My understanding, from what I have seen and heard, is that a broad range of issues and priorities were decided upon in Wales, which Mrs Lloyd outlined at a previous meeting of the committee. I believe that she referred to the very focused concentration, specifically on waiting times, that had taken place elsewhere and contrasted that approach with the broad-based public health promotion approach that had been taken in Wales. That is all I can offer.

Ms Perrin: If I could pick up on that, we are coming to the end of year 2 of the service and financial framework process, and it is fair to say that, until fairly recently, there was not the same focus on waiting time targets in Wales as there was, perhaps, in other parts of the United Kingdom. The focus has sharpened up considerably in the last couple of years. In terms of hitting targets, trusts have been working incredibly hard to deliver those. The challenge that a number of us across NHS Wales have is to balance the emergency workload, which has been increasing, with the challenge of delivering waiting-time targets. From the perspective of Swansea, which has a regional role in the context of mid and west Wales, it is a constant tightrope in terms of managing the emergency patients who turn up relentlessly through our doors, and hitting waiting-time targets. In terms of the

[290] **Alun Cairns:** Yr wyf yn gwerthfawrogi eich bod yn newydd i'r swydd, Mr Ross, ond a allwch roi eich safbwynt ar pam na chafodd targedau eu cyflawni tan yn ddiweddar? Yr ydym yn trafod diwedd y flwyddyn galendr, sydd yn iawn, ond a all Mrs Perrin gynnig barn ar pam y methwyd targedau, oherwydd dyna beth yr ydym yn ceisio ei ganfod? Yr ydym yn edrych ar gynnwys yr adroddiad, a orffennodd beth amser yn ôl. Yr ydym yn ceisio canfod y materion gwaelodol fel y gallwn geisio cyflwyno polisïau i helpu i'w goresgyn.

Mr Ross: Fy nealltwriaeth i, o'r hyn yr wyf wedi ei weld a'i glywed, yw i amrywiaeth eang o faterion a blaenoriaethau gael eu penderfynu yng Nghymru, ac i Mrs Lloyd eu hamlinellu mewn cyfarfod blaenorol o'r pwyllgor. Credaf iddi gyfeirio at y ffocws pendant iawn, yn benodol ar amseroedd aros, a gafwyd mewn manau eraill a chyferbynnu'r dull hwnnw â'r dull o hybu iechyd cyhoeddus eang ei sail a weithredwyd yng Nghymru. Dyna'r cyfan y gallaf ei gynnig.

Ms Perrin: Pe gallwn ddilyn y trywydd hwnnw, yr ydym yn nesáu at ddiwedd blwyddyn 2 y broses fframwaith gwasanaeth a chyllid, ac mae'n deg dweud na fu, tan yn gymharol ddiweddar, yr un ffocws ar dargedau amseroedd aros yng Nghymru ag y bu, efallai, yn rhannau eraill o'r Deyrnas Unedig. Mae'r ffocws wedi cynyddu'n sylweddol yn yr ychydig flynyddoedd diwethaf. O ran cyrraedd targedau, mae ymddiriedolaethau wedi bod yn gweithio'n hynod galed i gyflawni'r rheini. Yr her sy'n wynebu nifer ohonom ledled GIG Cymru yw cydbwysu'r llwyth gwaith brys, sydd wedi bod ar gynnydd, gyda'r her o gyflawni'r targedau amseroedd aros. O safbwynt Abertawe, sydd â rôl ranbarthol yng nghyd-destun y Gorllewin a'r Canolbarth, mae'n her gyson o ran rheoli'r cleifion brys a ddaw drwy ein drysau byth a hefyd, a chyflawni'r targedau amseroedd aros. O

service and financial framework over the past couple of years, Swansea hit the targets, but we did not always sustain them month on month, which is obviously the service and financial framework challenge for next year.

[291] **Alun Cairns:** Do you have anything to add, Mr Williams?

Mr Williams: The issue addressed by my colleagues, regarding the dilemma of how one deals with emergency and elective work, was the subject of a report called 'A Question of Balance', which I produced for the Assembly in 2002. My trust endeavours to implement many of the recommendations of that report. That has helped us to cope with the difficulties, and has enabled us to make significant improvements in the waiting times. Not only do I expect to achieve Government targets at the end of the year, but many of my waiting lists will be considerably shorter than the target length.

My trust is different; I do not have the major tertiary specialties that must confuse the situation in terms of emergency and elective care in both my colleagues' trusts. Nevertheless, applying the principles of 'A Question of Balance', gives you the headroom to provide your elective throughput in a more planned way.

[292] **Leighton Andrews:** In her evidence, the chief executive of NHS Wales told us that there had been a laser-like focus on waiting lists in England. I think that Jane Perrin said that there had not been the same focus in Wales as in other parts of the UK. What was the focus in Wales, if not waiting lists?

ran y fframwaith gwasanaeth a chyllid dros yr ychydig flynyddoedd diwethaf, cyflawnodd Abertawe y targedau, ond ni wnaethom bob amser eu cynnal fis ar ôl mis, a dyma her y fframwaith gwasanaeth a chyllid ar gyfer y flwyddyn nesaf yn amlwg.

[291] **Alun Cairns:** A oes gennych unrhyw beth i'w ychwanegu, Mr Williams?

Mr Williams: Yr oedd y mater yr aethpwyd i'r afael ag ef gan fy nghydweithwyr, ynglyn â'r cyfyng-gyngor o ran sut mae rhywun yn delio â gwaith brys a dewisol, yn destun adroddiad o'r enw 'Cadw Cydbwysedd', y bu i mi ei gynhyrchu ar gyfer y Cynulliad yn 2002. Mae fy ymddiriedolaeth i'n ymdrechu i weithredu llawer o argymhellion yr adroddiad hwnnw. Mae hynny wedi ein helpu i ymdopi â'r anawsterau, ac wedi ein galluogi i wneud gwelliannau sylweddol i'r amseroedd aros. Nid yn unig fy mod yn disgwyl cyflawni targedau'r Llywodraeth ddiwedd y flwyddyn, ond bydd llawer o'r rhestrau aros dipyn yn fyrrach na'r hyd targed.

Mae fy ymddiriedolaeth i yn wahanol; nid oes gennyf yr arbenigeddau trydyddol pwysig sy'n siwr o ddrysu'r sefyllfa o ran gofal brys a dewisol yn ymddiriedolaethau fy nau gydweithiwr. Serch hynny, mae gweithredu egwyddorion 'Cadw Cydbwysedd', yn gyfle i chi ddarparu eich trwybwn dewisol mewn ffordd sydd wedi ei chynllunio i raddau helaethach.

[292] **Leighton Andrews:** Yn ei thystiolaeth, dywedodd prif weithredwr GIG Cymru y bu ffocws pendant ar restrau aros yn Lloegr. Credaf i Jane Perrin ddweud na fu'r un ffocws yng Nghymru ag yn rhannau eraill o'r DU. Beth oedd y ffocws yng Nghymru, os nad rhestrau aros?

Ms Perrin: The Welsh Assembly Government has put a different focus on health and wellbeing, and is starting to look at some of the broader implications for improving health. There has been a more holistic approach—certainly in my personal view—than has been the case in England until now, but it has spread more thinly some of the priorities that we are all working towards. The focus on waiting times and waiting lists has sharpened considerably in the last couple of years.

[293] **Janet Davies:** Mrs Perrin, three months ago, your trust accounted for nearly three-quarters of all in-patient day-case treatment where people had to wait for more than 18 months. By the end of this month, you will get to grips with that. How did you achieve this?

Ms Perrin: In terms of context, it is important to note that Swansea provides plastic services for the whole of Wales. Therefore, in some ways, the size of our waiting times, overall, is slightly distorted by the fact that we have a big plastic surgery service that covers the population of Wales. The other issue to note is that Swansea is not sitting on lots of spare capacity. We do not have wards that are not used. We are running our full capacity, in terms of beds, theatres, and out-patient clinics. We did not have a lot of scope just to open up and staff new facilities to put through more work. We have managed the targets through a range of initiatives. Some have been managed locally within Swansea: we have doctors, nurses, therapists and support staff undertaking extra initiatives to put through more patients in the evenings and at weekends. We sourced additional capacity locally within the private sector at Sancta Maria Hospital in Swansea, and we have also out-sourced the treatment of some patients to the private sector in Cardiff, Bristol and further afield. One challenge

Ms Perrin: Mae Llywodraeth Cynulliad Cymru wedi rhoi ffocws gwahanol ar iechyd a lles, ac mae'n dechrau edrych ar rai o'r goblygiadau ehangach ar gyfer gwella iechyd. Bu ymagwedd fwy gyfannol—yn sicr yn fy marn bersonol i—nag yn Lloegr hyd yma, ond nid yw wedi canolbwyntio i'r un graddau ar rai o'r blaenoriaethau yr ydym i gyd yn gweithio tuag atynt. Mae'r ffocws ar amseroedd aros a rhestrau aros wedi cynyddu'n sylweddol yn yr ychydig flynyddoedd diwethaf.

[293] **Janet Davies:** Mrs Perrin, dri mis yn ôl, yn eich ymddiriedolaeth chi yr oedd bron i dri chwarter y triniaethau ar gyfer cleifion mewnol oedd yn cael eu trin fel achos dydd y bu'n rhaid i bobl aros mwy na 18 mis ar eu cyfer. Erbyn diwedd y mis hwn, byddwch yn mynd i'r afael â hynny. Sut gwnaethoch chi hyn?

Ms Perrin: O ran cyd-destun, mae'n bwysig nodi bod Abertawe yn cynnig gwasanaethau cosmetig i Gymru gyfan. Felly, mewn rhai ffyrdd, mae'r ffaith bod gennym wasanaeth llawfeddygaeth gosmetig fawr sy'n cwmpasu poblogaeth Cymru yn rhoi darlun ychydig yn gamarweiniol o faint ein rhestrau aros, ar y cyfan. Y mater arall i'w nodi yw nad oes gan Abertawe lawer o allu dros ben. Nid oes gennym wardiau nad ydynt yn cael eu defnyddio. Yr ydym yn defnyddio ein gallu llawn, o ran gwelyau, theatrau a chlinigau cleifion allanol. Nid oedd gennym gyfle mawr i fynd ati i agor a staffio cyfleusterau newydd i wneud mwy o waith. Yr ydym wedi rheoli'r targedau drwy amrywiaeth o fentrau. Mae rhai wedi eu rheoli'n lleol yn Abertawe: mae gennym feddygon, nyrsys, therapyddion a staff cefnogi yn cynnal mentrau ychwanegol i drin mwy o gleifion gyda'r nos ac ar benwythnosau. Bu i ni ganfod capasiti ychwanegol yn lleol yn y sector preifat yn Ysbyty Sancta Maria yn Abertawe, ac yr ydym hefyd wedi rhoi triniaeth rhai cleifion i'r

for us, in Swansea, is the low take-up by patients of offers to travel for treatment. If you look at statistics relating to the second offer scheme, approximately 50 per cent of patients offered a second offer guarantee of treatment elsewhere declined, and this put further pressure on services locally.

[294] **Janet Davies:** Perhaps we can go into the second offer scheme in a little bit more detail later on. Mr Ross, your trust has achieved significant reductions in waiting times. Could you give us a flavour of how you have done this?

Mr Ross: A number of the themes will be the same as in Swansea. The first is trying to use all existing capacity within the trust as effectively as possible, and ensuring that, where possible, elective surgery is protected. Cardiff and Vale's efforts to try to protect elective beds are commended in the report, although recent emergency pressures have made that difficult. Through the second offer scheme, the trust has been able to fund extra internal capacity to deal with waiting list issues. The orthopaedic 18-month target was hit some time ago. We have also availed ourselves of the second offer scheme using external capacity in Cardiff and elsewhere, and that has been helpful. We are now down to just 20 patients waiting over 18 months in neurosurgery, which is a complex and difficult area: we are one of only two specialist centres providing this service in Wales. There are genuine capacity problems with regard to what the service can do, but we are steadily working our way through them and we expect to treat all those patients by the end of this month.

sector preifat yng Nghaerdydd, Bryste, a thu hwnt. Un her i ni, yn Abertawe, yw'r ffaith nad yw llawer o gleifion yn manteisio ar gynigion i deithio am driniaeth. Os edrychwch chi ar ystadegau sy'n ymwneud â chynllun yr ail gynnig, gwrthododd tua 50 y cant o'r cleifion y cynigwyd gwarant o ail gynnig o driniaeth yn rhywle arall iddynt, a chynyddodd hyn y pwysau ar wasanaethau yn lleol.

[294] **Janet Davies:** Efallai y cawn drafod cynllun yr ail gynnig ychydig yn fanylach yn nes ymlaen. Mr Ross, mae eich ymddiriedolaeth chi wedi llwyddo i leihau amseroedd aros yn sylweddol. A allech roi blas i ni o sut yr ydych wedi gwneud hyn?

Mr Ross: Bydd nifer o'r themâu yr un fath ag yn Abertawe. Y cyntaf yw ceisio defnyddio'r holl allu sy'n bodoli yn yr ymddiriedolaeth mor effeithiol â phosibl, a sicrhau, lle bo'n bosibl, bod llawdriniaeth ddewisol wedi ei diogelu. Caiff ymdrechion Caerdydd a'r Fro i ddiogelu gwelyau dewisol eu canmol yn yr adroddiad, er bod pwysau brys diweddar wedi gwneud hynny'n anodd. Drwy gynllun yr ail gynnig, mae'r ymddiriedolaeth wedi gallu ariannu gallu mewnol ychwanegol i ddelio â materion rhestrau aros. Cyflawnwyd y targed 18 mis ar gyfer triniaeth orthopedeg beth amser yn ôl. Yr ydym hefyd wedi defnyddio cynllun yr ail gynnig gan ddefnyddio gallu allanol yng Nghaerdydd a mannau eraill, ac mae hynny wedi bod yn ddefnyddiol. Yr ydym bellach mewn sefyllfa lle mai dim ond 20 claf sy'n aros dros 18 mis ym maes llawdriniaeth nerfol, sy'n faes cymhleth ac anodd: yr ydym yn un o ddim ond dwy ganolfan arbenigol sy'n darparu'r gwasanaeth hwn yng Nghymru. Mae problemau gallu gwirioneddol mewn perthynas â'r hyn y gall y gwasanaeth ei wneud, ond yr ydym yn gweithio ein ffordd drwyddynt gan bwyll a disgwyliwn drin yr holl gleifion hynny erbyn diwedd y mis hwn.

[295] **Janet Davies:** Again, that success on the orthopaedic target happened very quickly, since the end of last year, did it not?

Mr Ross: Yes, I think that the overall data will show that Cardiff and Vale is the most improved trust in Wales in terms of dealing with waiting times. I think that the data at the end of March will confirm that.

[296] **Alun Cairns:** I apologise for interrupting your line of thought all the time. These achievements over recent months are commendable, and need to be recognised, but why were these actions not introduced months ago, when we could have had the same impact and the same people would not have waited for so long? That question is to all the witnesses.

Ms Perrin: When, at the beginning of this financial year, we saw the service and financial framework targets for what we had to deliver by the end of March, we worked hard, both within the trust and with partners in other parts of the NHS, to put a plan together. That plan was based on recruiting additional locum staff to help us achieve the targets, and some of that has a lead-in time, so it was not all going to happen within the first three months of this financial year. The plan was accepted by the Welsh Assembly Government in June or July of last year, and we have been implementing it in the knowledge that it would take us up to the end of March to deliver it. By and large, however, the plan that we set out last summer has been achieved.

[295] **Janet Davies:** Eto, digwyddodd y llwyddiant hwnnw ar y targed orthopedeg yn gyflym iawn, ers diwedd y llynedd, oni wnaeth?

Mr Ross: Do, credaf y bydd y data cyffredinol yn dangos mai Caerdydd a'r Fro yw'r ymddiriedolaeth sydd wedi gwella orau yng Nghymru o ran delio ag amseroedd aros. Credaf y bydd y data ar ddiwedd mis Mawrth yn cadarnhau hynny.

[296] **Alun Cairns:** Mae'n ddrwg gen i am dorri ar draws eich trywydd meddwl drwy'r amser. Mae'r cyflawniadau hyn dros y misoedd diwethaf i'w canmol, ac mae angen eu cydnabod, ond pam na chafodd y camau gweithredu hyn eu cyflwyno fisoedd yn ôl, pan y gallem fod wedi cael yr un effaith ac ni fyddai'n rhaid i'r un bobl fod wedi aros cyhyd? Mae'r cwestiwn hwnnw i'r tystion i gyd.

Ms Perrin: Pan welsom, ddechrau'r flwyddyn ariannol hon, y targedau fframwaith gwasanaeth a chyllid ar gyfer yr hyn yr oedd yn rhaid i ni ei gyflawni erbyn diwedd mis Mawrth, bu i ni weithio'n galed, yn yr ymddiriedolaeth a chydaartneriaid yn rhannau eraill o'r GIG, i greu cynllun. Yr oedd y cynllun hwnnw yn seiliedig ar recriwtio staff locwm ychwanegol i'n helpu i gyflawni'r targedau, ac mae angen amser i gyflwyno rhywfaint o'r gwaith hwnnw, felly nid oedd popeth yn mynd i ddiwedd yn nhri mis cyntaf y flwyddyn ariannol hon. Derbyniwyd y cynllun gan Lywodraeth Cynulliad Cymru ym mis Mehefin neu fis Gorffennaf y llynedd, ac yr ydym wedi bod yn ei weithredu gan wybod y byddai'n cymryd tan ddiwedd mis Mawrth i ni i'w gyflawni. Ar y cyfan, fodd bynnag, mae'r cynllun y bu i ni ei nodi yr haf diwethaf wedi ei gyflawni.

Mr Ross: My knowledge of what has happened in years gone by, again, is second hand rather than personal. I can only say that it has been made clear to me since I took up my post that getting on top of waiting times, driving them down and ensuring that this is done as quickly as possible in the coming years is a very high priority. This has been made clear to me by all concerned and it is a culture with which I am familiar. Waiting times are clearly a matter of enormous public concern and interest. I think that we are on the right track and that NHS Wales is now making good progress, but there is still some way to go.

Mr Williams: My response is somewhat different, because my board has always prided itself on meeting its targets, and to some degree the set targets have been somewhat conservative, so we have tried to exceed them wherever possible. So there is a process in terms of commissioning, and if commissioning is not setting particularly challenging targets—that has to be related to the resources. In terms of the comments about ‘a laser-like approach’, target-setting has not been a high priority in Wales compared to England.

In my trust we address waiting times with a three-pronged approach. First, in terms of process, you have to improve internal efficiency. Secondly, in terms of demand, you have to look at whether it is possible to control demand, to turn the tap off somehow, so that you have some more headroom. Thirdly, you have to ensure that you have sufficient capacity to deal with what is coming in through the doors.

Mr Ross: Mae fy ngwybodaeth am yr hyn sydd wedi digwydd yn y gorffennol, eto, yn ail law yn hytrach nag yn bersonol. Ni allaf ond dweud ei bod wedi bod yn amlwg i mi ers i mi ddechrau fy swydd bod cael y gorau ar amseroedd aros, eu lleihau a sicrhau y gwneir hyn mor gyflym â phosib yn y blynyddoedd i ddod yn flaenoriaeth uchel iawn. Mae hyn wedi ei bwysleisio i mi gan bawb dan sylw ac y mae’n ddiwylliant yr wyf yn gyfarwydd ag ef. Mae amseroedd aros yn amlwg o bryder a diddordeb mawr i’r cyhoedd. Credaf ein bod ar y trywydd cywir a bod GIG Cymru yn awr yn gwneud cynnydd da, ond mae ffordd bell i fynd o hyd.

Mr Williams: Mae fy ymateb braidd yn wahanol, oherwydd mae fy mwrdd bob amser wedi ymfalchïo mewn cyrraedd ei dargedau, ac i ryw raddau mae’r targedau a osodwyd wedi bod braidd yn geidwadol, felly yr ydym wedi ceisio rhagori arnynt lle bynnag y bo’n bosibl. Felly mae proses o ran comisiynu, ac os nad yw comisiynu yn gosod targedau arbennig o anodd—rhaid i hynny fod yn gysylltiedig â’r adnoddau. O ran y sylwadau am ‘ffocws pendant’, nid yw gosod targedau wedi bod yn flaenoriaeth uchel yng Nghymru o gymharu â Lloegr.

Yn fy ymddiriedolaeth awn i’r afael ag amseroedd aros mewn ffordd driphlyg. Yn gyntaf, o ran proses, mae’n rhaid i chi wella effeithlonrwydd mewnol. Yn ail, o ran galw, rhaid i chi edrych ar a yw’n bosibl rheoli galw, troi’r tap i ffwrdd ryw ffordd, fel bod gennych fwy o le i anadlu. Yn drydydd, rhaid i chi sicrhau bod gennych allu digonol i ddelio â’r hyn sy’n dod i mewn drwy’r drysau.

Our approach has been to drive the internal efficiency of the organisation through performance management. It is interesting that I have some of the lowest waiting times in Wales and the lowest number of doctors. That may tell you something about the use of resources. Week in, week out, and month in, month out, we are looking at ways in which we can improve our internal efficiency.

On demand, and there is a reference in the report to our fast-track unit, we have been able to reduce the admissions coming in to the hospital by 10 per cent. That helped, as did developing our capacity using facilities such as, for example, the two NHS treatment centres that we have in the trust. We have a 40-bed patients' hotel, which is 40 beds that are protected for intermediate elective surgery, and that has been a huge boon to us. Since the trust was established, we have two hospitals—Neath Port Talbot and Bridgend—that we describe as one hospital with an 18-mile corridor. That allows us to manage our elective care and our emergency care much more effectively, rather than having two hospitals competing against each other and duplicating services. That has partly been due to the way in which we work in partnership with our local health boards, which have been quite happy to see an interchange of patients across their boundaries, because they can see the benefits of short waiting times.

Finally, there is the issue of delayed transfers of care. We have driven down delayed transfers of care, and I think that, in January, delayed transfers of care in the acute sector for Neath Port Talbot and Bridgend were fewer than 20. That obviously has a huge impact in terms of bed availability.

Ein dull fu ysgogi effeithlonrwydd mewnol y sefydliad drwy reoli perfformiad. Mae'n ddi-ddorol bod gennyf rai o'r amseroedd aros byrraf yng Nghymru a'r nifer lleiaf o feddygon. Efallai fod hynny'n dweud rhywbeth wrthy ch am y defnydd o adnoddau. Wythnos ar ôl wythnos, a mis ar ôl mis, yr ydym yn edrych ar ffyrdd y gallwn wella ein heffeithlonrwydd mewnol.

Ar gais, ac mae cyfeiriad yn yr adroddiad at ein huned garlam, yr ydym wedi gallu lleihau'r derbyniadau sy'n dod i'r ysbyty 10 y cant. Helpodd hynny, fel y gwnaeth datblygu ein gallu gan ddefnyddio cyfleusterau megis, er enghraifft, y ddwy ganolfan driniaeth GIG sydd gennym yn yr ymddiriedolaeth. Mae gennym westy cleifion 40 gwely, sef 40 gwely sydd wedi eu diogelu ar gyfer llawdriniaeth ddewisol ganolraddol, ac mae hwnnw wedi bod o fantais enfawr i ni. Ers sefydlu'r ymddiriedolaeth, mae gennym ddau ysbyty—Castell-nedd Port Talbot a Phen-y-bont ar Ogwr—yr ydym yn eu disgrifio fel un ysbyty gyda choridor 18 milltir. Mae hynny'n ein galluogi i reoli ein gofal dewisol a'n gofal brys yn llawer mwy effeithiol, yn hytrach na chael dau ysbyty yn cystadlu yn erbyn ei gilydd a dyblygu gwasanaethau. Mae hynny'n rhannol oherwydd y ffordd yr ydym yn gweithio mewn partneriaeth gyda'n byrddau iechyd lleol, sydd wedi bod yn ddigon bodlon gweld rhyngnewid cleifion ar draws eu ffiniau, oherwydd gallant weld manteision amseroedd aros byr.

Yn olaf, mae'r mater o oedi wrth drosglwyddo gofal. Yr ydym wedi lleihau oedi wrth drosglwyddo gofal, a chredaf, ym mis Ionawr, y bu llai nag 20 achos o oedi wrth drosglwyddo gofal yn y sector aciwt ar gyfer Castell-nedd Port Talbot a Phen-y-bont ar Ogwr. Mae hynny'n amlwg yn cael effaith enfawr o ran y gwelyau sydd ar gael.

[297] **Alun Cairns:** Thank you, Mr Williams. Cadeirydd, I am trying to reconcile the difference between the experience that Mr Williams has offered and the experience of other trusts where, clearly, there have been some difficulties. I accept the issue about tertiary care, and that being a regional centre complicates the issue. However, it seems that, as a very general statement, when management is very effective, and is planned properly, such as in the plan that Mrs Perrin highlighted as being introduced, it delivers. I just wish that a plan had been introduced some time ago, if there was that focus on waiting times. As was suggested by Mr Williams, it seems that they had thought through the planning stage and the capacity issues and all the other issues mentioned.

[298] **Janet Davies:** Can I ask you to enlarge slightly on that point, Mr Williams? It seems that your trust has been very forward looking in foreseeing problems, perhaps even before NHS Wales did. Do you think this is true, and do you think that there are lessons from your trust for other trusts in Wales—not picking on any particular?

Mr Williams: It is not for me to suggest that what we do is transferable; it is just that we have a culture in the organisation of trying to excel. Something that we have done particularly is to benchmark our performance against that of English hospitals. We are one of the CHKSK's top 40 trusts. When we meet resistance to change, or if the target appears to be impossible, we then go out to see who is doing it better and ask why we cannot do it. There is a culture of continuous quality improvement that we have fostered in the organisation.

[297] **Alun Cairns:** Diolch, Mr Williams. Gadeirydd, yr wyf yn ceisio cysoni'r gwahaniaeth rhwng y profiad y mae Mr Williams wedi ei gynnig a phrofiad ymddiriedolaethau eraill lle, yn amlwg, y bu rhai anawsterau. Derbyniaf y mater am ofal trydyddol, a bod bod yn ganolfan ranbarthol yn cymhlethu'r mater. Fodd bynnag, mae'n ymddangos, fel datganiad cyffredinol iawn, pan fo rheoli yn effeithiol iawn, ac yn cael ei gynllunio'n gywir, fel yn y cynllun y bu i Mrs Perrin dynnu sylw ato fel un a oedd wedi ei gyflwyno, mae'n llwyddo. Ni allaf ond dymuno y byddai cynllun wedi ei gyflwyno beth amser yn ôl, os oedd y ffocws hwnnw ar amseroedd aros. Fel yr awgrymwyd gan Mr Williams, mae'n ymddangos eu bod wedi ystyried yn fanwl y cam cynllunio a'r materion gallu a'r holl faterion eraill sydd wedi eu crybwyll.

[298] **Janet Davies:** A gaf fi ofyn i chi ymhelaethu ychydig ar y pwynt hwnnw, Mr Williams? Mae'n ymddangos bod eich ymddiriedolaeth wedi meddwl yn flaengar iawn wrth ragweld problemau, efallai hyd yn oed cyn i GIG Cymru wneud hynny. A yw hyn yn wir yn eich tyb chi, ac a ydych o'r farn bod gan eich ymddiriedolaeth wersi ar gyfer ymddiriedolaethau eraill yng Nghymru—heb enwi unrhyw un yn benodol?

Mr Williams: Nid fy lle i yw awgrymu bod modd trosglwyddo'r hyn a wnawn; y gwir yw bod gennym ddiwylliant yn y sefydliad o geisio rhagori. Rhywbeth yr ydym wedi ei wneud yn benodol yw meincnodi ein perfformiad yn erbyn perfformiad ysbytai Lloegr. Yr ydym ymhlith 40 ymddiriedolaeth orau'r CHKSK. Pan ddeuwn ar draws gwrthwynebiad i newid, neu os yw'r targed yn ymddangos yn amhosibl, yna yr ydym yn mynd allan i weld pwy sy'n ei wneud yn well ac yn gofyn pam na allwn ni ei wneud. Mae diwylliant o wella ansawdd yn barhaus yr ydym

wedi ei feithrin yn y sefydliad.

[299] **Irene James:** My question deals with the management of waiting lists, in paragraphs 4.27 to 4.31. Much of a trust's success in reducing waiting times depends on the contributions of the clinicians. How do you manage to engage clinical staff in the management of the key issues of waiting times in your trusts, and to what extent have they signed up to modernising their waiting lists, such as pooled waiting times and treating patients in turn?

Mr Ross: I have been very pleased by the degree of medical-clinical sign up in Cardiff and Vale NHS Trust to these very important issues. I have brought with me a mental check list, if you like, of all the good practice that I would expect to see in place, including some of the sorts of initiatives and principles that you mentioned, and I find that they are all in evidence in the trust and in use in the trust. I would not claim that they are 100 per cent in use in every area, and I think it is fair to say that the burden of the waiting-list issue weighs on the surgeons concerned as much as everybody else, and they are extremely keen to find some sustainable solutions that would mean that we could treat all our patients with the same speed as we treat the majority of them. It is worth making the point that, although we talk about waiting times, we are always talking about the longest waiting times, and even with a trust like Cardiff and Vale, which is under great pressure, 84 per cent of our patients on waiting lists were treated within six months in the last year. We must always remember that. However, obviously, we want to see everybody treated within a very few months.

[299] **Irene James:** Mae fy nghwestiwn yn ymwneud â rheoli rhestrau aros, ym mharagraffau 4.27 i 4.31. Mae llawer o lwyddiant ymddiriedolaeth wrth leihau amseroedd aros yn dibynnu ar gyfraniadau'r clinigwyr. Sut yr ydych yn gallu cynnwys staff clinigol yn y gwaith o reoli'r materion allweddol o amseroedd aros yn eich ymddiriedolaethau, ac i ba raddau y maent wedi ymrwymo i foderneiddio eu rhestrau aros, megis amseroedd aros cyfun a thrin cleifion yn eu tro?

Mr Ross: Yr wyf wedi bod yn fodlon iawn â graddau'r ymrwymiad meddygol-clinigol yn Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a'r Fro i'r materion hynod bwysig hyn. Yr wyf wedi dod â rhestr wirio yn fy mhen gyda mi, os hoffwch chi, o'r holl arferion da y byddwn yn disgwyl eu gweld ar waith, gan gynnwys rhai o'r mathau o fentrau ac egwyddorion y bu i chi eu crybwyll, ac yr wyf yn gweld eu bod i gyd yn amlwg yn yr ymddiriedolaeth ac ar waith yn yr ymddiriedolaeth. Ni fyddwn yn hawlio eu bod i gyd 100 y cant ar waith ym mhob maes, a chredaf ei bod yn deg dweud bod baich y mater rhestrau aros yn pwysu ar y llawfeddygon dan sylw cymaint â phawb arall, ac maent yn hynod awyddus i ganfod atebion cynaliadwy a fyddai'n golygu y byddem yn gallu trin ein holl gleifion yr un mor gyflym ag yr ydym yn trin y mwyafrif ohonynt. Er ein bod yn siarad am amseroedd aros, mae'n werth nodi ein bod bob amser yn siarad am yr amseroedd aros hiraf, a hyd yn oed gydag ymddiriedolaeth fel Caerdydd a'r Fro, sydd dan bwysau mawr, cafodd 84 y cant o'n cleifion ar restrau aros eu trin o fewn chwe mis yn y flwyddyn ddiwethaf. Rhaid i ni beidio ag anghofio hynny. Fodd bynnag, yn amlwg, yr ydym am weld pawb yn cael eu trin o fewn ychydig iawn o fisoedd.

We audit all the time, and the innovations-in-care team, and the good practice guidance that it has produced, is very helpful in ensuring that we can keep up to the mark with best practice elsewhere. We audit all the time how well we are doing against the various expectations of good practice, be it administrative management, validation, or making sure that we keep in touch with our patients on an appropriate basis to make sure that the surgery is still required and wished for, and, wherever possible, to look at alternative ways of demand management and keeping waiting lists down. It is a constant and never-ending theme, a bit like painting the Forth bridge, but you have to keep at it all the time. As I say, I have been pleased to find that it has a high profile in the trust. My job is to make sure that we improve it further.

Ms Perrin: Perhaps I could just add that I would agree that clinical engagement is key and I think that we owe a huge debt to our clinicians—not just doctors, but other health professionals—in pulling out the stops to deliver the targets. The key for the future is around thinking about the whole system so that we are working with the trust’s clinicians, working with primary care, to look at how we can avoid admission in the first place, how we can process the patients through the acute system as quickly as possible, and how we can put in place the other infrastructure issues back into the community, to get those patients discharged from our services as quickly as possible and cared for in the community.

Yr ydym yn archwilio drwy’r amser, ac mae’r tîm arloesi mewn gofal, a’r canllawiau arferion da y mae wedi eu cynhyrchu, yn ddefnyddiol iawn o ran sicrhau ein bod yn gallu bod yn gyson ag arferion da mewn mannau eraill. Yr ydym yn archwilio’n gyson o ran pa mor dda yr ydym yn perfformio yn erbyn disgwyliadau amrywiol arferion da, boed yn rheolaeth weinyddol, dilysu, neu sicrhau ein bod yn cadw mewn cysylltiad â’n cleifion yn briodol i sicrhau bod angen y llawdriniaeth o hyd a bod y claf eisiau’r llawdriniaeth, a, lle bynnag y bo’n bosibl, edrych ar ffyrdd amgen o reoli galw a chadw rhestrau aros i lawr. Mae’n thema gyson a di-ben-draw, ychydig fel paentio pont Forth, ond mae’n rhaid i chi ddal ati drwy’r amser. Fel y dywedaf, yr wyf wedi bod yn falch o ganfod bod ganddi broffil uchel yn yr ymddiriedolaeth. Fy swydd yw sicrhau ein bod yn ei gwella ymhellach.

Ms Perrin: Efallai y cawn ychwanegu y byddwn yn cytuno bod cyfraniad clinigwyr yn allweddol a chredaf ein bod yn fawr ein dyled i’n clinigwyr—nid dim ond meddygon, ond gweithwyr iechyd proffesiynol eraill—am wneud eu gorau glas i gyflawni’r targedau. Mae’r allwedd ar gyfer y dyfodol yn ymwneud â meddwl am y system gyfan fel ein bod yn gweithio gyda chlinigwyr yr ymddiriedolaeth, yn gweithio gyda gofal sylfaenol, i edrych ar sut gallwn osgoi derbyniadau yn y lle cyntaf, sut gallwn brosesu’r cleifion drwy’r system aciwt cyn gynted â phosibl, a sut gallwn roi ar waith y materion seilwaith eraill yn ôl yn y gymuned, fel bod y cleifion hynny’n cael eu rhyddhau o’n gwasanaethau cyn gynted â phosibl ac yn cael eu gofal yn y gymuned.

One of the challenges for us is that we have been doing non-recurrent waiting list initiatives for a number of years. I think that our clinicians, inevitably, become frustrated that they cannot see long-term sustainable recurrent solutions to some of this in terms of continuing to drive down waiting lists.

Mr Williams: I would like to add that the alignment of clinical staff—that is, all clinicians, as Jane says—is absolutely essential. I do not see how you can achieve what we need to do without that engagement. It starts for us in terms of good and regular communication with our colleagues so that there is an alignment of Government and trust objectives. We have very effective clinical directorates which have total responsibility for managing their day-to-day affairs. They are supported by effective teams.

I meet those clinical directorates on a monthly basis, in what we call a management executive. We have effective performance management, whereby the executive team reviews the performance of each directorate every two months. My executive team will go through our critical success factors every month. We try to avoid overspend, and have always done so; overspend tends to distract an organisation. This gives one the freedom, particularly, to use whatever capital one has, and to plough back into the organisation. Organisations such as ours thrive on investment in technology and new buildings. This creates the incentives and a much more purposeful approach, and, from that, I find that clinical staff will innovate and drive improvement forward, because they want to make things better for patients. It is about management getting behind the clinicians, and doing what we all want to do, which is to ensure a better deal for patients.

Un o'r heriau i ni yw ein bod wedi bod yn gwneud mentrau rhestrau aros afreolaidd am nifer o flynyddoedd. Credaf fod ein clinigwyr, yn anochel, yn mynd yn rhwystredig oherwydd ni allant weld atebion cyson cynaliadwy hirdymor i rywffaint o hyn o ran parhau i leihau rhestrau aros.

Mr Williams: Hoffwn ychwanegu bod cysoni staff clinigol—hynny yw, yr holl glinigwyr, fel y dywed Jane—yn gwbl hanfodol. Ni allaf weld sut gallwch gyflawni'r hyn sydd angen i ni ei wneud heb yr ymgysylltiad hwnnw. Mae'n dechrau i ni o ran cyfathrebu da a rheolaidd gyda'n cydweithwyr fel bod amcanion y Llywodraeth a'r ymddiriedolaeth yn gyson. Mae gennym gyfarwyddiaethau clinigol effeithiol iawn sy'n gwbl gyfrifol am reoli eu materion bob dydd. Cânt eu cefnogi gan dimau effeithiol.

Yr wyf yn cyfarfod â'r cyfarwyddiaethau clinigol hynny yn fisol, yn yr hyn a alwn yn weithrediaeth reoli. Yr ydym yn rheoli perfformiad yn effeithiol; mae'r tîm gweithredol yn adolygu perfformiad pob cyfarwyddiaeth bob dau fis. Bydd fy nhîm gweithredol yn mynd drwy ein ffactorau llwyddiant critigol bob mis. Yr ydym yn ceisio osgoi gorwario, a bob amser wedi gwneud hynny; mae gorwario yn tueddu i dynnu sylw sefydliad. Mae hwn yn rhoi rhyddid i rywun, yn arbennig, i ddefnyddio faint bynnag o gyfalaf sydd gan rywun, a'i fuddsoddi yn ôl yn y sefydliad. Mae sefydliadau fel ein un ni yn ffynnu ar y buddsoddi mewn technoleg ac adeiladau newydd. Mae hyn yn creu'r cymhellion ac ymagwedd lawer mwy pwrpasol, ac, o hynny, yr wyf yn canfod y bydd staff clinigol yn arloesi ac yn datblygu gwelliannau, oherwydd eu bod am wella pethau i gleifion. Mae'n fater o reolwyr yn cefnogi'r clinigwyr, a gwneud yr hyn yr ydym i gyd am ei wneud, sef sicrhau bargaen well i gleifion.

[300] **Irene James:** Jane, we understand that refusal to participate in the second offer scheme has been especially high in the Swansea area. Do you have any explanation for that?

Ms Perrin: We have just seen the findings from a recent MORI poll that was conducted into why patients chose not to take up second offers. We had obviously done our own analysis, and the MORI poll shows that approximately 50 per cent of patients who have been offered alternative treatment elsewhere, turned it down. The interesting factor is of that 50 per cent who refused, between 60 and 70 per cent refused to tell the MORI people why they would not accept treatment elsewhere, which is quite interesting in terms of helping us in the service and the Welsh Assembly Government to better understand the reasons. Obviously, most of the second offer work has been sourced further down the M4 corridor, and I suspect that for many of our patients, it is further to travel. Many of our patients are elderly, and they worry about travel arrangements and so forth. However, until we can fully understand why, it is very difficult to make assumptions and plan for that for the future.

[301] **Irene James:** My next question relates to paragraphs 3.3 and 3.4, which state that the main causes of long in-patient case waiting times are emergency and medical pressures. How significantly do emergency and medical pressures impact on elective surgery, and how do you address that?

[300] **Irene James:** Jane, deallwn fod nifer arbennig o uchel yn gwrthod cymryd rhan yng nghynllun yr ail gynnig yn ardal Abertawe. A oes gennyh unrhyw esboniad am hynny?

Ms Perrin: Yr ydym newydd weld y canfyddiadau o arolwg diweddar gan MORI ar pam mae cleifion yn dewis peidio â derbyn ail gynnig. Yr oeddem yn amlwg wedi gwneud ein dadansoddiad ein hunain, ac mae arolwg MORI yn dangos bod tua 50 y cant o gleifion y cynigiwyd triniaeth arall iddynt yn rhywle arall, wedi ei gwrthod. Y ffactor diddorol yw o'r 50 y cant a wrthododd, gwrthododd rhwng 60 a 70 y cant ddweud wrth bobl MORI pam nad oeddent yn derbyn triniaeth yn rhywle arall, sy'n eithaf diddorol o ran ein cynorthwyo yn y gwasanaeth ac yn Llywodraeth Cynulliad Cymru i ddeall y rhesymau yn well. Yn amlwg, mae'r rhan fwyaf o'r gwaith ail gynnig wedi'i sianelu i lawr coridor yr M4, a thybiaf i lawer o'n cleifion, ei fod yn bellach i deithio. Mae llawer o'n cleifion yn oeddrannus, ac maent yn poeni am drefniadau teithio ac ati. Fodd bynnag, tan i ni ddeall yn iawn pam, mae'n anodd iawn i ni ragdybio a chynllunio ar gyfer hynny ar gyfer y dyfodol.

[301] **Irene James:** Mae fy nghwestiwn nesaf yn ymwneud â pharagraffau 3.3 a 3.4, sy'n nodi mai prif achosion amseroedd aros hir achosion cleifion mewnol yw pwysau brys a meddygol. I ba raddau y mae pwysau brys a meddygol yn effeithio ar lawdriniaeth ddewisol, a sut mae mynd i'r afael â hynny?

Ms Perrin: Yes, this does have an impact. Certainly, over the past couple of years in Swansea, we have seen a 10 per cent increase in the number of emergency patients admitted to hospital. I think that the challenge for us, as I think Mr Ross said earlier, is getting that balance between protecting sufficient beds to carry out the elective surgery and managing the emergencies. We work closely with the ambulance service in terms of trying to balance that. However, we walk a fine tightrope with that increase in emergency admissions. We have seen a further increase over the past few months as a result of the changes in general practice out-of-hours provision.

Mr Ross: The Cardiff and Vale experience is slightly different in that, although the percentage of overall admissions is gradually rising, the numbers have been relatively stable. I think that that is because the trust has put a huge amount of effort into avoiding emergency admissions. So, a whole range of schemes around acute response in the community, enhanced community support arrangements and discharging patients from medical admission examination units before they actually get into the system have helped to keep the emergency numbers much the same. Having said that, the emergency/elective split is a problem. We do not have enough protected capacity for elective care in the trust. Our ambulatory care unit is mentioned in the report, but that has been severely compromised in recent months by emergency patients who, frankly, have overflowed into a number of parts of the trust where we would not normally expect to find them. As of today, we have 108 patients who are outliers, that is, they are not in the ward that you would expect and wish them to be in. So, that is a difficult issue for us. I think that we could overcome that, with the exception of the delayed transfers of care and delayed discharges problem,

Ms Perrin: Oes, mae gan hyn effaith. Yn sicr, yn ystod yr ychydig flynyddoedd diwethaf yn Abertawe, yr ydym wedi gweld cynnydd o 10 y cant yn nifer y cleifion brys a dderbynnir i'r ysbyty. Credaf mai'r her i ni, fel y credaf i Mr Ross ddweud yn gynharach, yw cael y cydbwysedd hwnnw rhwng diogelu digon o welyau i gyflawni'r llawdriniaeth ddewisol a rheoli'r achosion brys. Yr ydym yn gweithio'n agos gyda'r gwasanaeth ambiwlans o ran ceisio cydbwyso hynny. Fodd bynnag, mae'n her gyson gyda'r cynnydd hwnnw mewn derbyniadau brys. Yr ydym wedi gweld cynnydd pellach dros yr ychydig fisoedd diwethaf o ganlyniad i'r newidiadau mewn darpariaeth tu allan i oriau ymarfer cyffredinol.

Mr Ross: Mae profiad Caerdydd a'r Fro rhywfaint yn wahanol oherwydd, er bod canran y derbyniadau cyffredinol yn codi'n raddol, mae'r niferoedd wedi bod yn eithaf sefydlog. Credaf fod hynny oherwydd bod yr ymddiriedolaeth wedi ymdrechu'n galed i osgoi derbyniadau brys. Felly, mae amrywiaeth cyfan o gynlluniau o gwmpas ymateb aciwt yn y gymuned, gwell trefniadau cymorth cymuned a rhyddhau cleifion o unedau archwilio derbyniadau meddygol cyn iddynt fynd i mewn i'r system wedi cynorthwyo i gadw'r niferoedd brys yn eithaf sefydlog. Ond wedi dweud hynny, mae'r rhaniad brys/dewisol yn broblem. Nid oes gennym ddigon o allu neilltuedig ar gyfer gofal dewisol yn yr ymddiriedolaeth. Crybwyllir ein huned triniaethau dydd yn yr adroddiad, ond mae honno wedi'i chyfaddawdu'n sylweddol yn y misoedd diwethaf gan gleifion brys sydd, yn blwmp ac yn blaen, wedi gorlifo i lawer o rannau o'r ymddiriedolaeth lle na fyddem yn disgwyl eu canfod fel arfer. Heddiw, mae gennym 108 o gleifion sy'n allgleifion, hynny yw, nid ydynt yn y ward y byddech yn disgwyl iddynt fod ynddi. Felly, mae hynny'n fater anodd i ni. Credaf y gallem oresgyn hynny, ar wahân i'r broblem oedi

which is at its most difficult in the Cardiff and Vale area. That is the No. 1 problem for us, because you can follow the chain all the way back to the ambulances at the front door. If we could sort out the delayed transfers of care problem, I think that we could manage the significant emergency pressures much more successfully than we are able to do at the moment. Our experience with out-of-hours provision has been similar to that of colleagues in Swansea. We have seen significant increases in out-of-hours attendances in our accident and emergency department in recent months.

Mr Williams: If I can just build on that, our experience within Bro Morgannwg has been rather similar to that in Cardiff in the sense that, for the last two years or so, our emergency admissions and referrals have plateaued. I think that we need to remember that, in Wales, we have mainly integrated trusts. So, by developing an alternative response within the community through reablement teams, we can do a great deal to sustain patients in the community and to avoid their having to come to accident and emergency and getting into a cycle of admissions. Admission avoidance is important, and integrated trusts in Wales have a good opportunity to exploit that.

I described in my earlier response some of the issues in terms of how we have created the capacity within the organisation. However, I would just like to reiterate my comments. The upsurge in emergency admissions since October 2004 is worrying. They peaked at 16 per cent in my trust in January, converting to around a 6 per cent emergency admission rate. That will not be sustainable unless commissioners can tackle the demand issue, or we have more capacity.

wrth drosglwyddo gofal ac oedi wrth ryddhau, sydd ar ei gwaethaf yn ardal Caerdydd a'r Fro. Dyna'r brif broblem i ni, oherwydd gallwch ddilyn y gadwyn yr holl ffordd yn ôl i'r ambiwlansys wrth y brif fynedfa. Pe gallem ddatrys y broblem oedi wrth drosglwyddo gofal, credaf y gallem reoli'r pwysau brys sylweddol yn llawer mwy llwyddiannus nag y gallwn ei wneud ar hyn o bryd. Mae ein profiad gyda darpariaeth allan o oriau wedi bod yn debyg i brofiad ein cydweithwyr yn Abertawe. Yr ydym wedi gweld cynnydd sylweddol mewn derbyniadau allan o oriau yn ein hadran damweiniau ac achosion brys yn y misoedd diwethaf.

Mr Williams: Os caf ychwanegu at hynny, mae ein profiadau ym Mro Morgannwg wedi bod yn eithaf tebyg i rai Caerdydd o ran y ffaith, am y ddwy flynedd ddiwethaf, bod ein derbyniadau a chyfeiriadau brys wedi lefelu. Credaf fod angen i ni gofio bod gennym yng Nghymru ymddiriedolaethau integredig yn bennaf. Felly, drwy ddatblygu ymateb amgen o fewn y gymuned drwy dimau ailalluogi, gallwn wneud llawer i gadw cleifion yn y gymuned a gallant osgoi orfod dod i adran damweiniau ac achosion brys ac yn mynd i fewn i gylch derbyniadau. Mae'n bwysig osgoi derbyniadau, ac mae gan ymddiriedolaethau integredig yng Nghymru gyfle da i wneud hynny.

Disgrifiais yn fy ateb cynharach rai o'r materion o ran sut yr ydym wedi creu'r gallu yn y sefydliad. Fodd bynnag, hoffwn ailadrodd fy sylwadau. Mae'r cynnydd mewn derbyniadau brys ers Hydref 2004 yn achos pryder. Bu iddo gyrraedd ei anterth o 16 y cant yn fy ymddiriedolaeth ym mis Ionawr, gan drawsnewid i gyfradd derbyn brys o tua 6 y cant. Ni fydd hynny'n gynaliadwy os nad yw comisiynwyr yn gallu mynd i'r afael â'r mater galw, neu fod gennym ragor o allu.

[302] **Irene James:** I wish to respond to Mr Ross and say that we have all seen the recent media coverage of the impact of emergency pressures on your trust. How are you addressing these issues, maintaining reasonable waiting times for those who are waiting for in-patient treatment and reducing your waiting lists?

Mr Ross: First, we will continue to try to protect what elective capacity we can, as well as we can. However, every day, we face dilemmas regarding whether to cancel treatment for elective patients in order to bring in emergency admissions as reasonably quickly as we can. The builders are now on site at the new Llandough orthopaedic centre, which will be a significant enhancement to the trust's protected elective capacity, because it will not be capable of taking any emergency patients. It has been deliberately designed so that it will be properly protected. We must continue to try to develop these facilities, and I would wish to see that centre expanded to its full capacity, over and above what we can currently do, as quickly as possible.

In terms of the emergency patient's journey through the system, it falls into three categories. First, what can we do to stop emergency patients coming to the hospital in the first place? How can we maximise support in the community? How can we encourage and incentivise primary care to take on as much as is possible? What alternative facilities can we provide in the community? Anecdotal evidence—and I am sure that we will prove this with our latest survey—shows that 20 or 30 per cent of our accident and emergency department patients should not be there. They could be dealt with adequately in primary care. This has been explored at great length recently. So, we have a very full, ongoing dialogue with local health boards and primary care about how we can, first

[302] **Irene James:** Hoffwn ymateb i Mr Ross a dweud ein bod i gyd wedi gweld y sylw diweddar yn y wasg i effaith pwysau brys ar eich ymddiriedolaeth. Sut ydych yn mynd i'r afael â'r materion hyn, gan gynnal amseroedd aros rhesymol i'r rheini sy'n aros am driniaeth cleifion mewnol a gostwng eich rhestrau aros?

Mr Ross: Yn gyntaf, byddwn yn parhau i geisio amddiffyn y gallu dewisol sydd gennym, cystal ag y gallwn. Fodd bynnag, bob dydd, yr ydym yn wynebu cyfyng-gyngor ynghylch a ddylid canslo triniaeth ar gyfer cleifion dewisol er mwyn dod â derbyniadau brys i mewn cyn gynted â phosibl. Mae'r adeiladwyr bellach yn gweithio ar safle canolfan orthopedig newydd Llandochau, a fydd yn welliant sylweddol i allu dewisol neilltuedig yr ymddiriedolaeth, oherwydd ni fydd yn gallu cymryd unrhyw gleifion brys. Mae wedi'i gynllunio'n fwriadol er mwyn ei neilltuo'n iawn. Mae'n rhaid i ni barhau i geisio datblygu'r cyfleusterau hyn, a hoffwn weld y ganolfan yn ehangu i'w gallu llawn, y tu hwnt i'r hyn y gallwn ei wneud ar hyn o bryd, cyn gynted â phosibl.

O ran symudiadau'r cleifion brys drwy'r system, mae'n disgyn i dri chategori. Yn gyntaf, beth y gallwn ei wneud i atal cleifion brys rhag dod i'r ysbyty yn y lle cyntaf? Sut allwn sicrhau'r cymorth mwyaf posibl yn y gymuned? Sut allwn annog a sbarduno gofal sylfaenol i gymryd cymaint ag sy'n bosibl? Pa gyfleusterau eraill y gallwn eu darparu yn y gymuned? Mae tystiolaeth anecdotaidd—ac yr wyf yn sicr y byddwn yn profi hyn gyda'n harolwg diweddaraf—yn dangos na ddylai 20 i 30 y cant o'n cleifion adran damweiniau ac achosion brys fod yno. Gellid delio â hwy'n ddigonol mewn gofal sylfaenol. Mae hyn wedi'i bwysu a'i fesur yn drylwyr yn ddiweddar. Felly, mae gennym drafodaeth lawn, barhaus gyda byrddau iechyd lleol a gofal sylfaenol ynglyn â sut gallwn, yn y

of all, try to stem the flow. It is clear that, for whatever reason, the out-of-hours arrangements are not commanding the public confidence that we would wish, and that leads to some of the kinds of problems we have been describing. That is one aspect.

Secondly, there is everything that happens from the time that we decide that a patient needs to be admitted, and what we do from then on. We then have to try to use best practice in streaming patients and making sure that we move them through the appropriate parts of the system as quickly as possible. The trust has put in place everything that you would expect to be put in place—all of the good practice and so on—in order to do that. The problem is, because we cannot progress patients through the system as quickly as we would like, there are delays at each stage of the process. The emergency patient is delayed in getting into the medical admissions unit, the medical-admissions-unit patient is delayed in getting onto a medical ward, for example, the medical-ward patient is delayed in moving to a convalescent, rehabilitation or intermediate-care bed, and the intermediate-care, rehabilitation patient is delayed in getting back into residential or nursing-home care in their community, or going there for the first time, if that is appropriate. The market in Cardiff is not providing us with anything like the capacity we need to get patients right through the system. So, I am afraid that, within the trust, I have a number of delays at all stages of the emergency patient's journey. That in itself has an impact right back at the front door and makes it difficult to achieve the emergency/elective split that we all want to see. I am envious of the separation of facilities that Paul has achieved in Bro Morgannwg. That is something that we should all be striving to do as much as possible, and it is something that we intend to take further, when we can.

lle cyntaf, geisio rhwystro'r llif. Mae'n amlwg, am ba reswm bynnag, nad yw'r trefniadau allan o oriau yn ennyn hyder y cyhoedd fel yr hoffem, ac mae hynny'n arwain at rai o'r problemau yr ydym wedi'u disgrifio. Mae honno'n un agwedd.

Yn ail, mae popeth sy'n digwydd o'r amser yr ydym yn penderfynu bod angen derbyn claf, a beth yr ydym yn ei wneud o hynny allan. Mae'n rhaid i ni wedyn geisio defnyddio arferion gorau wrth ffrydio cleifion a sicrhau ein bod yn eu tywys drwy elfennau priodol y system cyn gynted â phosibl. Mae'r ymddiriedolaeth wedi gweithredu popeth y byddech yn disgwyl iddynt ei roi ar waith—yr holl arferion da ac ati—er mwyn gwneud hynny. Y broblem, oherwydd na allwn dywys cleifion drwy'r system mor gyflym ag yr hoffem, yw bod oedi ym mhob cyfnod o'r broses. Mae oedi wrth fynd â'r cleifion brys i'r uned derbyniadau meddygol, mae oedi wrth fynd â'r cleifion uned-derbyniadau-meddygol i'r ward feddygol, er enghraifft, mae oedi wrth fynd â'r cleifion ward feddygol i wely ymadfer, adsefydlu neu ofal canolraddol, ac mae oedi wrth fynd â chleifion adsefydlu, gofal canolraddol yn ôl i ofal cartref preswyl neu nyrsio yn eu cymuned, neu wrth fynd yno am y tro cyntaf, os yw hynny'n briodol. Nid yw'r farchnad yng Nghaerdydd yn ein darparu ag unrhyw beth fel y gallu sydd ei angen arnom i dywys cleifion drwy'r system. Felly, yn anffodus, yn yr ymddiriedolaeth, mae gennyf sawl achos o oedi ym mhob cam o daith y claf brys. Mae hynny yn ei hun yn cael effaith ymhell yn ôl i'r brif fynedfa ac mae'n ei gwneud yn anodd i gyflawni'r rhaniad brys/dewisol yr ydym i gyd am ei weld. Yr wyf yn genfigennus o'r gwahaniad cyfleusterau y mae Paul wedi'i gyflawni ym Mro Morgannwg. Mae hynny'n rhywbeth y dylem i gyd geisio'i wneud cymaint â phosibl, ac mae'n rhywbeth yr ydym yn bwriadu ei ddatblygu, pan allwn.

So, I want to assure you that we are putting maximum effort into the pre-admission situation in primary care. We are working very closely with the local authorities and the local health boards to see what we can do to overcome this extremely difficult problem of delayed transfers. We have around 80 patients at the moment in the trust who are waiting for a place in the nursing home or residential home of their choice. We are also doing everything that we can to sort out our own internal processes and make them as efficient and quick as possible. The report, quite rightly, draws attention across NHS Wales to a whole number of process delays that trusts need to be working on to sort out and eradicate those delays, and to make sure that internal flows work as well as possible. I am sorry to give such a lengthy answer, but it is a complex and difficult problem, and I want to reassure you that we are trying to address every step of the process with equal urgency.

[303] **Janet Davies:** Three weeks ago, Ms Ann Lloyd told us that there was a low occupancy rate in community hospitals and, when I asked her about this, she said that she felt that there was capacity there for dealing with some delayed transfers where appropriate, and also for diagnostic and day care. Do you see any problems in getting these cases moved into community hospitals, and could you give us some views on whether you think this is a viable proposition, within your area particularly?

Felly, yr wyf am eich sicrhau ein bod yn gwneud ein gorau glas gyda'r sefyllfa cyn-derbyn mewn gofal sylfaenol. Yr ydym yn gweithio'n agos iawn gyda'r awdurdodau lleol a'r byrddau iechyd lleol i weld beth y gallwn ei wneud i ddatrys y broblem anodd iawn hon o oedi wrth drosglwyddo. Mae gennym oddeutu 80 claf ar hyn o bryd yn yr ymddiriedolaeth sy'n aros am le yn y cartref nyrsio neu'r cartref preswyl o'u dewis. Yr ydym hefyd yn gwneud popeth o fewn ein gallu i gael trefn ar ein prosesau mewnol ein hunain a'u gwneud mor effeithlon a chyflym â phosibl. Mae'r adroddiad, yn gywir, yn tynnu sylw ledled GIG Cymru at lawer o oedi prosesau y mae angen i ymddiriedolaethau fynd i'r afael â hwy i ddatrys a chael gwared ar yr oediadau hynny, ac i sicrhau bod y symudiadau mewnol yn gweithio cystal â phosibl. Mae'n ddrwg gennyf am roi ateb mor hirfaith, ond mae'n broblem gymhleth ac anodd, ac yr wyf am eich sicrhau ein bod yn ceisio mynd i'r afael â phob cam o'r broses gyda'r un brys.

[303] **Janet Davies:** Dair wythnos yn ôl, dywedodd Ms Ann Lloyd wrthym fod graddfa feddiannaeth isel mewn ysbytai cymuned a, phan y bu i mi ei holi am hyn, dywedodd ei bod yn credu bod gallu yno i ddelio â rhywfaint o'r oedi wrth drosglwyddo lle'n briodol, a hefyd ar gyfer gofal diagnostig a dydd. A ydych yn rhagweld unrhyw broblemau i symud yr achosion hyn i ysbytai cymuned, ac a ellwch roi eich barn i ni ynglyn ag a ydych yn credu bod hwn yn gynnig ymarferol, yn eich ardal chi yn benodol?

Mr Ross: I think it may well be viable in certain parts of Wales. We only have two community hospitals associated with our trust—St David’s Hospital in Cardiff and Barry Hospital. Their occupancy rates range between 85 and 90 per cent, which is what you would hope and expect to see. The occupancy rates in the medical wards in the University Hospital of Wales, for example, are 98 per cent, which is desperately inefficient, because one thing goes wrong and many things ripple from that. I have read the report very carefully and I am aware that this is an issue for debate, but it is not an option that is available to any great degree to Cardiff and Vale NHS Trust, although there is more to be done for us to use the Barry and St David’s hospitals as fully and as well as we possibly can.

[304] **Janet Davies:** Ms Perrin, perhaps you could tell us how this applies in Swansea.

Ms Perrin: I think that we have very similar issues to those in Cardiff. We have four community hospitals within the Swansea trust and we run at similar occupancies to those in Cardiff. I am aware that, across Wales, there are differences in the occupancy of community hospitals, but we believe that we run ours reasonably efficiently. The problem that we have is that, as acute patients move into needing rehabilitation and care, we move them out of our two big acute hospitals and into the community hospitals, but then they sometimes get stuck there while we are waiting to move them on into homes—either back home or into homes in the community.

Mr Ross: Credaf y gallai fod yn ymarferol mewn rhannau penodol o Gymru. Dim ond dau ysbyty cymuned sy’n gysylltiedig â’n hymddiriedolaeth—Ysbyty Dewi Sant yng Nghaerdydd ac Ysbyty’r Barri. Mae eu graddfeydd meddiannaeth yn amrywio rhwng 85 a 90 y cant, sef yr hyn y byddech yn ei ddisgwyl ac yn ei obeithio. Mae’r graddfeydd meddiannaeth yn y wardiau meddygol yn Ysbyty Athrofaol Cymru, er enghraifft, yn 98 y cant, sy’n druenus o aneffeithlon, oherwydd mae un peth yn mynd o’i le ac mae llawer o bethau’n deillio o hynny. Yr wyf wedi darllen yr adroddiad yn ofalus iawn ac yr wyf yn ymwybodol bod hwn yn bwnc trafod, ond nid yw’n opsiwn sydd ar gael i unrhyw raddau helaeth yn Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a’r Fro, er bod mwy i’w wneud i ni ddefnyddio ysbytai’r Barri a Dewi Sant cymaint a chystal ag y gallwn.

[304] **Janet Davies:** Ms Perrin, hwyrach y gallwch ddweud wrthym sut mae hyn yn berthnasol yn Abertawe.

Ms Perrin: Credaf ein bod wedi wynebu materion tebyg iawn i’r rhai yng Nghaerdydd. Mae gennym bedwar ysbyty cymuned yn ymddiriedolaeth Abertawe ac mae gennym raddfeydd meddiannaeth tebyg i’r rhai yng Nghaerdydd. Yr wyf yn ymwybodol, ledled Cymru, bod gwahaniaethau yng ngraddfeydd meddiannaeth ysbytai cymuned, ond credwn ein bod yn cynnal ein rhai ni yn eithaf effeithlon. Y broblem sydd gennym yw, wrth i gleifion aciwt symud i fod angen adsefydlu a gofal, yr ydym yn eu symud allan o’n dau ysbyty aciwt mawr ac i’r ysbytai cymuned, ond o bryd i’w gilydd byddant yno am gyfnod maith tra ein bod yn aros i’w symud i gartrefi—naill ai yn ôl gartref neu i gartrefi yn y gymuned.

Mr Williams: Just to add to that, we manage our community hospitals—like Jane, I have four—as tightly as we do the main acute hospitals. However, one must appreciate that the complexity of the cases requires a significant investment in rehabilitation staff, and, where there is a less-than-optimum performance, that may be a reflection on insufficient investment in rehabilitation staff. We have had a degree of success with our commissioners on that, in that they recognise the good value that one can get from investing in the community hospitals to ensure that they play their full part in the chain of care.

[305] **Irene James:** Could you describe the impact that the fast-track assessment unit has had on your trust and how effective the surgery and eye treatment centres in your trust have been in reducing waiting times?

Mr Williams: On the fast-track unit—this is not a concept unique to our trust; we pinched the idea from elsewhere—having a very highly qualified consultant physician who can take a proportion of the patients who would come through the doors of the accident and emergency department, to quickly assess them and to have at his disposal the full panoply of diagnostic tests means that one can, with confidence, decide whether the patient needs to be admitted, and admitted appropriately, whether they can be returned to the community, or whether they need to come back to us as an out-patient. That has reduced our admissions by around 10 per cent. The problem is—and I think that, further on in the report, there is mention of issues around the roll-out of best practice—that some of these schemes start in a piecemeal way, in that we have either found the resources through our cost improvement programmes or we have had some

Mr Williams: I ychwanegu at hynny, yr ydym yn rheoli ein hysbytai cymuned—fel Jane, mae gennyf bedwar—mor fanwl ag yr ydym yn rheoli'r prif ysbytai aciwt. Fodd bynnag, mae'n rhaid gwerthfawrogi bod cymhlethdod yr achosion yn gofyn am fuddsoddiad sylweddol mewn staff adsefydlu, ac, lle nad ydynt yn perfformio cystal â phosibl, efallai bod hynny'n adlewyrchu'r buddsoddiad annigonol mewn staff adsefydlu. Yr ydym wedi bod yn llwyddiannus i raddau gyda'n comisiynwyr ar hynny, o ran eu bod yn cydnabod y gwerth da y gall rhywun ei gael o fuddsoddi yn yr ysbytai cymuned i sicrhau eu bod yn chwarae eu rhan lawn yn y gadwyn ofal.

[305] **Irene James:** A ellwch ddisgrifio'r effaith y mae'r uned asesu llwybr carlam wedi'i chael ar eich ymddiriedolaeth a pha mor effeithiol y bu'r canolfannau llawdriniaeth a thriniaeth llygad yn eich ymddiriedolaeth wrth ostwng amseroedd aros?

Mr Williams: O ran yr uned llwybr carlam—nid yw hwn yn gysyniad sy'n unigryw i'n hymddiriedolaeth ni; syniad rhywun arall ydoedd—mae cael meddyg ymgynghorol cymwys iawn sy'n gallu cymryd cyfran o'r cleifion a fyddai'n dod drwy ddrysau'r adran damweiniau ac achosion brys, i'w hasesu'n gyflym ac i gael y defnydd llawn o'r profion diagnostig yn golygu y gall rhywun, yn hyderus, benderfynu a oes angen derbyn y claf, a'i dderbyn yn briodol, a ellir eu gadael yn ôl i'r gymuned, neu a oes angen iddynt ddod yn ôl atom ni fel cleifion allanol. Mae hynny wedi gostwng ein derbyniadau o tua 10 y cant. Y broblem—a chredaf, yn nes ymlaen yn yr adroddiad, y crybwyllir materion ynghylch rhoi arferion gorau ar waith fesul cam—yw bod rhai o'r cynlluniau hyn yn dechrau mewn ffordd dameidiog, o ran ein bod naill ai wedi canfod yr adnoddau drwy ein rhaglenni gwella costau neu

money through the Wanless action plan or whatever, but we do not turn these good ideas into practice in terms of running them 24/7. So, if I had a fast-track unit running 24/7, for which I would probably need about three and a half consultants as opposed to one, we could probably see a step change. One of the debates that we must have is on why we cannot roll out things that we know to work. We have a very piecemeal approach to this and that is causing some of the difficulties.

[306] **Janet Davies:** Alun, did you want to come in on this?

[307] **Alun Cairns:** I will come in at the end of this block of questions, if you like.

[308] **Leighton Andrews:** Could you say a little more about why you see it as a piecemeal approach, Mr Williams?

Mr Williams: It is simply in terms of the way in which one can attract resources. As I said, if this is a new investment, you either have to convince the commissioners to provide the money, and it will come through one's service and financial framework process and long-term agreement, or you try to save money within your organisation and reinvest it. There are difficulties with both in terms of priorities, and I think that, where things have been proven to work, we need to find a way to ensure that they are consolidated and become the norm. It is what I believe they call in England 'the thousand blooms'—all these little flowers suddenly poke up through the lawn and start to bloom good ideas, but we do not then make the whole lawn a carpet of wonderful flowers. It is about how we grasp these things that do work and say, 'that is what is going to happen'. Clinicians are struggling with all kinds of priorities and challenges, and we have probably

ein bod wedi cael rhywfaint o arian drwy gynllun gweithredu Wanless neu beth bynnag, ond nid ydym yn rhoi'r syniadau da hynny ar waith o ran eu gweithredu 24/7. Felly, pe bai gennyf uned llwybr carlam yn gweithredu 24/7, y byddwn angen tri a hanner meddyg ymgynghorol yn hytrach nag un ar ei chyfer mae'n debyg, gallem weld newid sylweddol yn ôl pob tebyg. Un o'r trafodaethau sy'n rhaid i ni ei chael yw un ynghylch pam na allwn roi pethau y gwyddom sy'n gweithio ar waith fesul cam. Mae gennym agwedd dameidiog iawn at hyn ac mae hynny'n achosi anawsterau.

[306] **Janet Davies:** Alun, a oeddech am gyfrannu at hyn?

[307] **Alun Cairns:** Cyfrannaf ar ddiwedd y bloc o gwestiynau, os dymunwch.

[308] **Leighton Andrews:** A ellwch ymhelaethu pam eich bod yn ei hystyried yn agwedd dameidiog, Mr Williams?

Mr Williams: Yn syml o ran y ffordd y gall rhywun ddenu adnoddau. Fel y dywedais, os yw hwn yn fuddsoddiad newydd, yr ydych naill ai'n gorfod argyhoeddi'r comisiynwyr i ddarparu'r arian, a bydd yn dod drwy broses fframwaith gwasanaeth a chyllid a chytundeb hirdymor rhywun, neu yr ydych yn ceisio arbed arian yn eich sefydliad a'i ailfuddsoddi. Mae anawsterau gyda'r naill a'r llall o ran blaenoriaethau, a chredaf, lle mae pethau wedi gweithio, bod angen i ni ddod o hyd i ffordd o sicrhau eu bod yn cael eu hatgyfnerthu ac yn dod yn safon arferol. Dyma'r hyn y maent yn ei alw yn Lloegr yn 'filoedd o flodau'—yr holl flodau bach hyn yn sydyn yn dechrau ymddangos ar y lawnt ac yn dechrau blodeuo yn syniadau da, ond nid ydym wedyn yn sicrhau lawnt cyfan o flodau hyfryd. Mae'n ymwneud â sut yr ydym yn manteisio ar y pethau hyn sy'n gweithio a dweud, 'dyna beth sy'n mynd i ddigwydd'. Mae clinigwyr yn

moved on too many fronts at once. I always say that we need to do less but do it really well. If we did that, we could probably tackle some of these difficult issues.

That takes me on to the treatment centres. In the Bridgend area, we have had experience of two treatment centres for over 10 years and, over those 10 years, they have probably treated, throughout south Wales, over 10,000 patients. Therefore, in Bridgend, we have contributed to significantly reducing waiting times in other parts of south Wales but, again, it has never been rolled out or developed. Elective capacity works, and treatment centres in England clearly work. We just seem to have a block in terms of finding ways in which we can attract more patients to the idea that it is okay to travel if you get good access and good treatment. I have proven it time and time again, in fact, I have proven 10,000 times that people are prepared to travel, and it is a cultural issue that we need to work on. I have used the analogy that most of us are prepared to travel miles to the shopping mall; that has now become part of our culture. I do not see why patients cannot travel maybe 25 miles to get first-class treatment of their choice if we can demonstrate that it is of top quality, and we make that experience enjoyable.

ymrafael gyda phob math o flaenoriaethau a heriau, ac yr ydym yn ôl pob tebyg wedi ceisio gwneud gormod o bethau ar unwaith. Yr wyf yn dweud bob amser bod angen i ni wneud llai ond ei wneud yn dda iawn. Pe baem yn gwneud hynny, gallem fynd i'r afael â rhai o'r materion anodd hyn.

Mae hynny'n fy arwain at y canolfannau triniaethau. Yn ardal Pen-y-bont ar Ogwr, mae gennym brofiad o ddwy ganolfan driniaethau yn ystod y 10 mlynedd diwethaf ac, yn ystod y 10 mlynedd hynny, mae'n debyg eu bod wedi trin, ledled y De, dros 10,000 o gleifion. Felly, ym Mhen-y-bont ar Ogwr, yr ydym wedi cyfrannu at ostwng amseroedd aros yn sylweddol yn y De ond, eto, nid yw wedi'i roi ar waith fesul cam na'i ddatblygu. Mae gallu dewisol yn gweithio, ac mae canolfannau triniaethau yn Lloegr yn amlwg yn gweithio. Ymddengys nad ydym yn gallu dod o hyd i ffordd o ddenu mwy o gleifion i'r syniad ei bod yn iawn teithio os ydych yn cael mynediad da a thriniaeth dda. Yr wyf wedi profi dro ar ôl tro, yn wir, yr wyf wedi profi 10,000 o weithiau bod pobl yn fodlon teithio, ac mae'n fater diwylliannol y mae'n rhaid i ni weithio arno. Yr wyf wedi defnyddio'r gyfatebiaeth bod y rhan fwyaf ohonom yn fodlon teithio milltiroedd i'r ganolfan siopau; sydd wedi dod yn rhan o'n diwylliant bellach. Ni allaf weld pam na all cleifion deithio 25 milltir o bosibl i gael triniaeth o'r radd flaenaf o'i dewis os gallwn ddangos ei bod o'r ansawdd gorau, a'n bod yn gwneud y profiad yn un pleserus.

[309] **Mick Bates:** I was fascinated by your reply on the piecemeal approach, and two things stem from that: first, who is responsible then for making this lawn bloom and, secondly, would it help if there was a strategic regional view of innovation, rather than what you described as the piecemeal approach, given the number of trusts and local health boards?

Mr Williams: When you have a number of providers and commissioners, and they all have a slightly different view of life, it makes matters extremely complex. I would have thought that there could be a role for some regional strategic view, in terms of how a programme is rolled out. What we have been lacking is an alignment of these issues of processes, demand and capacity into a plan that will clearly deliver. The co-ordination of those things is needed in order to get the maximum advantages, in terms of putting in resources. I deal with only five or so commissioners, and that makes life difficult, but what we have tried to do with our commissioners is to form a concordat so that, wherever possible, we all sit round the table and try to reach an agreement. It is difficult, however, because each has its own local community, its own pressures and its own nuances in how it wants to do things.

[309] **Mick Bates:** Yr oedd gennyf ddiddordeb yn eich ymateb i'r agwedd dameidiog, ac mae dau beth yn deillio o hynny: yn gyntaf; pwy sy'n gyfrifol am sicrhau bod y blodau hyn yn blodeuo, ac yn ail, a fyddai o gymorth pe bai barn ranbarthol strategol ar arloesedd, yn hytrach na'r hyn y bu i chi ei ddisgrifio fel yr agwedd dameidiog, o ystyried y nifer o ymddiriedolaethau a byrddau iechyd lleol?

Mr Williams: Pan fo gennych nifer o ddarparwyr a chomisiynwyr, a bod ganddynt i gyd farn rywfaint yn wahanol am fywyd, mae'n gwneud materion yn gymhleth iawn. Byddwn wedi tybio y dylid bod rôl i rywfaint o farn strategol ranbarthol, o ran sut y rhoddir rhaglen ar waith fesul cam. Yr hyn na fu gennym oedd cynllun i dynnu ynghyd y materion hyn o brosesau, galw a gallu mewn cynllun a fydd yn amlwg yn cyflawni'r nod. Mae angen cydlynu'r pethau hyn er mwyn sicrhau'r manteision gorau posibl, o ran cyfrannu adnoddau. Yr wyf yn delio gyda thua phum comisiynydd yn unig, ac mae hynny'n gwneud bywyd yn anodd, ond yr hyn yr ydym wedi ceisio'i wneud gyda'n comisiynwyr yw ffurfio concordat sy'n golygu, pryd bynnag y bo hynny'n bosibl, ein bod yn eistedd gyda'n gilydd o amgylch bwrdd ac yn ceisio dod i gytundeb. Mae'n anodd, fodd bynnag, oherwydd mae gan bob un ei gymuned leol ei hun, ei bwysau ei hun a'i bwyslais ei hun ar y ffordd y mae am wneud pethau.

[310] **Alun Cairns:** Briefly, I have several questions that I wish to pursue with Mr Williams, but I know that time is precious, so I will return to one of Mr Ross's answers. I was pleased to hear his answers about the delayed processes within the hospital, when we were talking about emergency services. One initiative, particularly at Christmas time, was field hospitals. I happened to be at the accident and emergency unit of the Princess of Wales Hospital at that time. I spent a night there as a fly on the wall, which also showed me the operations of trusts going around the country. However, you were still operating at risk 5 in the accident and emergency unit at the University Hospital of Wales on those occasions when you had the field hospitals. Were those gimmicks? Was the field hospital a gimmick to draw attention away from the difficulties of the accident and emergency unit, or did it add value to the service? I couple that with the positive comments that I made about the processes that appear, from your previous answer, to be looking up.

Mr Ross: I would be disappointed if anyone thought that it was a gimmick. I certainly cannot claim credit for the idea; it is one that the trust and the ambulance service had. As I said earlier, it is about how we can ensure that people do not come to the accident and emergency unit at UHW if they do not need the level of treatment that the unit is kitted out to provide. We know that large events—be they sporting or other occasions—attract very large crowds of people and we can predict that there will be a certain number of minor casualties or people needing attention at such events. It seems to me to make sense to at least try a pilot scheme and see how it works. I believe that something similar is being done in Swansea to see whether we can take treatment to the people concerned rather than have them turn up and, frankly, take up time and

[310] **Alun Cairns:** Yn gryno, mae gennyf sawl cwestiwn yr wyf am fynd i'r afael â hwy gyda Mr Williams, ond gwn fod amser yn brin, felly yr wyf am ddod yn ôl at un o atebion Mr Ross. Yr oeddwn yn falch o glywed ei atebion am y prosesau a oedd yn cael eu hoedi yn yr ysbyty, wrth i ni siarad am wasanaethau brys. Un fenter, yn arbennig yn ystod y Nadolig, oedd ysbytai maes. Digwydd i mi fod yn uned damweiniau ac achosion brys Ysbyty Tywysoges Cymru ar y pryd. Treuliais noswaith yno fel pryf ar y wal, a oedd hefyd yn dangos i mi sut yr oedd ymddiriedolaethau yn gweithredu ym mhob cwr o'r wlad. Fodd bynnag, yr oeddech yn dal i weithredu ar risg 5 yn yr uned damweiniau ac achosion brys yn Ysbyty Athrofaol Cymru ac ar yr adegau hynny yr oedd gennych yr ysbytai maes. Ai gimigau oeddent? A oedd yr ysbyty maes yn gimig i dynnu sylw oddi ar anawsterau'r uned damweiniau ac achosion brys, neu a oedd yn ychwanegu gwerth at y gwasanaeth? Cyfeiriaf at hynny ochr yn ochr â'r sylwadau positif y bu i mi eu gwneud am y prosesau sy'n ymddangos, o'ch ateb blaenorol, fel pe baent yn gwella.

Mr Ross: Byddwn yn siomedig pe bai unrhyw un yn meddwl mai gimig ydoedd. Yn sicr, ni allaf gymryd y clod am y syniad; yr oedd yn syniad a gyflwynwyd gan yr ymddiriedolaeth a'r gwasanaeth ambiwlans. Fel y dywedais yn gynharach, mae'n ymwneud â sut gallwn sicrhau nad yw pobl yn dod i'r uned damweiniau ac achosion brys yn Ysbyty Athrofaol Cymru os nad oes arnynt angen y lefel o driniaeth y mae'r uned yn gymwys i'w rhoi. Gwyddom fod digwyddiadau mawr—boed yn chwaraeon neu'n achlysuron eraill—yn denu torfeydd mawr iawn o bobl a gallwn ragweld y bydd nifer penodol o fân anafiadau neu bobl y bydd arnynt angen sylw mewn digwyddiadau o'r fath. Ymddengys i mi ei bod yn gwneud synnwyr i o leiaf roi cynnig ar gynllun peilot a gweld sut mae'n gweithio. Credaf fod rhywbeth tebyg yn cael ei wneud yn

resources in the accident and emergency unit. So, I think that it has been worth trying on a number of occasions. It is being evaluated by the ambulance service and the trust, and we will then make a decision on whether it is something that we want to continue with in the longer term.

[311] **Leighton Andrews:** On capacity usage, and looking at paragraphs 3.12 to 3.24 of the report, it is pretty clear that we are not making the most efficient use of existing capacity, so what are you doing in your trusts to address these issues? Mr Williams, you may want to tell us a bit about the short stay unit and, Mr Ross, a bit more about your ambulatory care unit.

Mr Williams: Would you like me to start?

[312] **Leighton Andrews:** Yes.

Mr Williams: I think that, in terms of capacity, first of all we took a very clear view on delayed transfers of care. One of the things that I would commend is the very close partnership working that we have in the area between Neath Port Talbot County Borough Council and Bridgend County Borough Council and the local health boards. Although they do not exist in law, we have what are called 'partnership boards', where the leader and the chief executive of the county council, and the chief executive and chair of the local health board, and my chair and I meet regularly to set policy within the context of our whole systems. One commitment that we made was to drive down delayed transfers of care. So, that is one good example of how we create capacity. I mentioned how we maximised the opportunities to run two hospitals in tandem; I

Abertawe i weld a allwn fynd â thriniaeth at y bobl dan sylw yn hytrach na'u bod yn troi fyny ac, i fod yn blaen, yn gwastraffu amser ac adnoddau yn yr uned damweiniau ac achosion brys. Felly, credaf ei bod wedi bod yn werth rhoi cynnig ar hyn o bryd i'w gilydd. Mae'n cael ei werthuso gan y gwasanaeth ambiwlans a'r ymddiriedolaeth, a byddwn wedyn yn penderfynu a yw'n rhywbeth yr ydym am ei barhau yn y tymor hwy.

[311] **Leighton Andrews:** O ran defnyddio gallu, a chan edrych ar baragraffau 3.12 i 3.24 yr adroddiad, mae'n eithaf clir nad ydym yn gwneud y defnydd mwyaf effeithlon o'r gallu sydd gennym, felly beth yr ydych yn ei wneud yn eich ymddiriedolaethau i fynd i'r afael â'r materion hyn? Mr Williams, efallai y byddwch am sôn rhywfaint wrthym am yr uned arhosiad byr a, Mr Ross, rhywfaint am eich uned triniaethau dydd.

Mr Williams: A hoffech i mi gychwyn?

[312] **Leighton Andrews:** Hoffwn.

Mr Williams: Credaf, o ran gallu, i ni gymryd safbwynt clir iawn i ddechrau am oedi wrth drosglwyddo gofal. Un o'r pethau y byddwn yn eu canmol yw'r gweithio mewn partneriaeth agos iawn sydd gennym yn yr ardal rhwng Cyngor Bwrdeistref Sirol Castell-nedd Port Talbot a Chyngor Bwrdeistref Sirol Pen-y-bont ar Ogwr a'r byrddau iechyd lleol. Er nad ydynt yn bodoli yn llygad y gyfraith, mae gennym yr hyn a elwir yn 'fyrddau partneriaeth', lle mae arweinydd a phrif weithredwr y cyngor sir, a phrif weithredwr a chadeirydd y bwrdd iechyd lleol, fy nghadeirydd a minnau yn cyfarfod yn rheolaidd i bennu polisi o fewn cyd-destun ein systemau cyfan. Un o'n hymrwymyiadau oedd gostwng oedi wrth drosglwyddo gofal. Felly, mae hynny'n un enghraifft dda o sut yr ydym yn creu gallu. Crybwyllais sut y bu i ni fanteisio i'r eithaf ar y

think that that has been an excellent example. Again, we drive our community hospitals very hard.

The short stay unit, or the patients' hotel, has been enormously helpful; it is a haven of 40 beds that can never be used for emergency treatment. That has proved its worth time and again. We can now treat patients within the short stay unit by having what we call a 'second-stage recovery', though that is limited. The patients' hotel has single bedrooms with en-suite bathrooms where you have the opportunity to call a nurse, but you are not actually monitored by a nurse. Therefore, there have to be tight protocols that, once surgery has taken place, you go to your own room where you can have privacy, but you self-care for up to 24 hours.

We have now introduced what we call a second-stage recovery, where patients that have higher intermediate surgery will go to second-stage recovery first until they are deemed to be safe to self-care. The clinicians worked this idea through themselves; they came to me and said 'We think that we can actually improve the way we use this system'.

We have driven our day surgery hard in terms of how we use it. We have now moved our day surgery rates up to 80 per cent. That obviously creates capacity on the in-patient side. We have also been working very hard in relation to down-time in theatres, or up-time, if you like, which means that we are now using our theatres 95 per cent. We are still working hard to see whether we can get that other 5 per cent back in the system.

cyfleoedd i gynnal dau ysbyty law yn llaw; credaf fod hynny wedi bod yn enghraifft ragorol. Eto, yr ydym yn gweithio'n hysbytai cymuned yn galed iawn.

Mae'r uned arhosiad byr, neu'r gwesty cleifion, wedi bod yn ddefnyddiol dros ben; mae'n hafan o 40 gwely na ellir byth eu defnyddio ar gyfer triniaethau brys. Mae wedi profi ei werth dro ar ôl tro. Gallwn yn awr drin cleifion yn yr uned arhosiad byr drwy gael yr hyn a elwir yn 'wellhad ail gyfnod', er bod hynny'n gyfyngedig. Mae gan y gwesty cleifion ystafelloedd sengl gydag ystafelloedd ymolchi en-suite lle mae gennych y cyfle i alw nyrs, ond nid ydych yn cael eich monitro mewn gwirionedd gan nyrs. Felly, mae'n rhaid cael protocolau llym eich bod, ar ôl y llawdriniaeth, yn mynd i'ch ystafell eich hun lle y cewch breifatrwydd, ond eich bod yn gofalu amdanoch chi eich hun am hyd at 24 awr.

Yr ydym bellach wedi cyflwyno'r hyn a elwir gennym yn wellhad ail gyfnod, lle mae cleifion sy'n cael llawdriniaeth ganolraddol uwch yn mynd i wellhad ail gyfnod i ddechrau hyd y pennir eu bod yn ddiogel, ac y gallant wedyn ofalu am eu hunain. Bu i'r clinigwyr weithio drwy'r syniad hwn ymhlith ei gilydd; daethant ataf a dweud 'Credwn y gallwn wella'r ffordd yr ydym yn defnyddio'r system hon'.

Yr ydym wedi gyrru ein meddygfa dydd yn galed o ran y ffordd yr ydym yn ei defnyddio. Yr ydym bellach wedi cynyddu ein cyfraddau meddygfa dydd i fyny i 80 y cant. Mae hynny'n amlwg yn creu gallu o ran cleifion mewnol. Yr ydym hefyd wedi bod yn gweithio'n galed iawn mewn perthynas ag amser segur yn y theatrau, neu'r amser mynd os dymunwch, sy'n golygu ein bod bellach yn defnyddio ein theatrau 95 y cant. Yr ydym yn parhau i weithio'n galed i weld os gallwn gael y 5 y cant arall yn ôl yn y system.

We have also, as Mr Ross mentioned, been looking at our process, because the quicker that one can move the patients smoothly through the system, the better. That has included developing a discharge lounge. We are trying to get to what we call the 'magic hour', which means that by 10 a.m. every day, if patients are ready to go home, they are moved off the wards, rather like checking out of a hotel at a particular time. That then means that cleaners have time to come in and get the wards spruced up and ward teams can be ready to receive their next patients. So, a lot of work is going on around these kinds of issues to deal with these particular difficulties. I could go on, but those are just some examples.

Mr Ross: I will not repeat the kind of good-practice examples that Paul has given. We are also seeking to work on and improve our performance in all of those areas. There are a couple of things worth adding. First, traditional definitions of day surgery need to be rethought. For example, our ambulatory care unit can now work right through to the early evening, patients can be kept overnight and discharged early in the morning. The length of a patient's stay is now only 12, 13 or 14 hours but, because such patients stay overnight, they do not count as a day case. Therefore, they do not show up on one set of indicators, and so the traditional definitions are no longer keeping pace with changing clinical practice. In fact, if we include those kinds of patients in our figures, we are into the high 70s against the basket of procedures. There is still room for improvement in areas such as arthroscopies, but we are working on it all the time.

Yr ydym hefyd, fel y crybwyllodd Mr Ross, wedi bod yn edrych ar ein proses, oherwydd gorau po gyntaf y gallwn symud y cleifion yn rhwydd drwy'r system. Mae hynny wedi cynnwys datblygu lolfa ryddhau. Yr ydym yn ceisio cyrraedd yr hyn a elwir yr 'awr hud', sy'n golygu erbyn 10 a.m. bob diwrnod, os yw cleifion yn barod i fynd gartref, eu bod yn cael eu symud oddi ar y wardiau, ychydig fel gadael gwesty ar amser penodol. Mae hynny wedyn yn golygu bod gan y glanhawyr amser i ddod i mewn a glanhau'r wardiau a gall timau ward fod yn barod i dderbyn eu cleifion nesaf. Felly, mae llawer o waith yn cael ei wneud ar y mathau hyn o faterion i ddelio â'r anawsterau penodol hyn. Gallwn fynd ymlaen, ond dim ond rhai enghreifftiau yw'r rhain.

Mr Ross: Nid wyf am ailadrodd y math o enghreifftiau arferion da y mae Paul wedi'u rhoi. Yr ydym hefyd yn ceisio gweithio ar ein perfformiad a'i wella yn yr holl feysydd hynny. Mae un neu ddau o bethau sy'n werth eu hychwanegu. Yn gyntaf, mae angen ailystyried y diffiniadau traddodiadol o lawdriniaeth dydd. Er enghraifft, gall ein huned triniaethau dydd bellach weithio ymlaen i fin nos, gellir cadw cleifion dros nos a'u rhyddhau ben bore. Er mai dim ond 12, 13 i 14 awr yw hyd arhosiad claf, oherwydd bod y fath gleifion yn aros dros nos, nid ydynt yn cael eu cyfrif yn achosion dydd. Felly, nid ydynt yn ymddangos ar un gyfres o ddangosyddion, ac felly nid yw'r diffiniadau traddodiadol bellach yn berthnasol i arfer clinigol newidiol. Yn wir, o gynnwys y mathau hynny o gleifion yn ein ffigurau, yr ydym ymhell yn y 70au yn ôl y casgliad o weithdrefnau. Mae lle i wella o hyd mewn meysydd fel cymalsyllu, ond yr ydym yn gweithio ar hyn drwy'r amser.

Traditional issues, such as theatre utilisation and efficiency, are also very important. That is a particularly difficult issue for our trust because of the increasing complexity of the cancer work and so on that we do, where single operations can take up an operating theatre for an entire day. As our case mix changes, and as more and more specialist work comes to Cardiff and Vale from the district general hospitals across south-east Wales, the pressures on our theatre facilities for these lengthy and complex cases, and the knock-on effect on our critical-care facilities get greater and greater. That is a problem for us, because this is not necessarily a managed movement; it is a drift. The necessary resources to do all that we should be doing do not necessarily follow at the pace that I would wish. It is a constant debate that I have with commissioners and the regional office and so on. Nevertheless, theatre utilisation is very important, and we are spreading good practice in terms of good pre-operative assessment in all areas. We are still not at 100 per cent, but that is a way in which you can avoid patients cancelling operations or their operations being cancelled at short notice. Our figures are different from most of NHS Wales's figures, in that they show that most of our theatre cancellations are down to bed availability problems, rather than other issues. That suggests that we are doing our pre-operative assessments and other things well.

I do not think there is anything else I wish to add, other than to supplement what Paul has said.

Mae materion traddodiadol, fel defnyddio ac effeithlonrwydd theatr, hefyd yn bwysig iawn. Mae hynny'n fater arbennig o anodd i'n hymddiriedolaeth oherwydd cymhlethdod cynyddol y gwaith canser ac ati a wnawn, lle gall llawdriniaethau unigol feddiannu theatr llawdriniaeth am ddiwrnod cyfan. Wrth i'n cymysgedd achosion newid, ac wrth i fwy a mwy o waith arbenigol ddod i Gaerdydd a'r Fro o'r ysbytai cyffredinol dosbarth ledled y Ddeddwyrain, mae'r pwysau ar ein cyfleusterau theatr ar gyfer yr achosion hirfaith a chymhleth hyn, a'r sgil-effaith ar ein cyfleusterau gofal critigol yn cynyddu mwy a mwy. Mae hon yn broblem i ni, oherwydd nid yw hyn o reidrwydd yn symudiad a reolir; mae'n drifftio. Nid yw'r adnoddau sydd eu hangen i wneud yr holl bethau y dylem fod yn eu gwneud o reidrwydd yn dod ar y cyflymdra y byddem yn ei ddymuno. Mae'n drafodaeth gyson yr wyf yn ei chael gyda chomisïynwyr a'r swyddfa ranbarthol ac ati. Fodd bynnag, mae'r defnydd o'r theatr yn bwysig iawn, ac yr ydym yn lledaenu arferion da o ran asesiadau cyn-llawdriniaeth ym mhob maes. Nid ydym wedi cyrraedd 100 y cant eto, ond mae honno'n ffordd y gallwch osgoi bod cleifion yn canslo llawdriniaethau neu bod eu llawdriniaethau yn cael eu canslo ar fyr-rybudd. Mae ein ffigurau yn wahanol i ffigurau GIG Cymru ar y cyfan, oherwydd eu bod yn dangos mai problemau gyda'r gwelyau sydd ar gael sy'n gyfrifol am y rhan fwyaf o'r achosion o ganslo yn y theatr, yn hytrach na materion eraill. Mae hynny'n awgrymu ein bod yn gwneud ein hasesiadau cyn-llawdriniaeth a phethau eraill yn dda.

Ni chredaf fod unrhyw beth arall yr hoffwn ei ychwanegu, ar wahân i ategu'r hyn y dywedodd Paul.

Ms Perrin: From a Swansea perspective, there are a lot of very similar initiatives. We are process-mapping the patient journey across a range of specialties to look at where we can take inefficiencies out of the system. There is also a range of work going on at the moment to improve the throughput of patients. Building work is under way at Morriston Hospital to create a new medical assessment unit by June or July, which will work in the way that Paul has discussed. At the moment, Singleton Hospital is the only general hospital in Wales that does not have a day-case unit, but it will have one that is up and running by this summer. So, there are capital developments going on to improve the way in which patients are treated in the system.

There are also some very simple examples—we have, physically, based a district nurse in the accident and emergency department at Morriston Hospital, and a number of patients who would otherwise have been admitted are able to be discharged straight from accident and emergency, because the district nurse is able to advise on the homecare packages available. So, there is a range of initiatives, ranging from the quite expensive, dependent on capital and revenue resource availability from our commissioners, to reorganising the way in which we work, which has a high impact.

[313] **Leighton Andrews:** Delayed transfers of care are covered in paragraphs 3.33 to 3.35. I think that you have already commented on them, Mr Williams, although feel free to add any comments, should you wish. I ask Jane Perrin and Hugh Ross specifically what they see as the overall trends and impacts for delayed transfers of care in their communities, particularly in relation to waiting times, and what they are doing to tackle the problems that they are identifying.

Ms Perrin: O safbwynt Abertawe, mae llawer o fentrau tebyg iawn. Yr ydym yn proses-fapio llwybr y claf ar draws amrywiaeth o feysydd arbenigol er mwyn edrych ar ymhle y gallwn waredu aneffeithlonrwydd o'r system. Mae amrywiaeth o waith yn cael ei wneud ar hyn o bryd hefyd i wella trwybwn cleifion. Mae gwaith adeiladu ar y gweill yn Ysbyty Treforys i greu uned asesu meddygol newydd erbyn Mehefin neu Orffennaf, a fydd yn gweithio yn y ffordd y trafododd Paul. Ar hyn o bryd, Ysbyty Singleton yw'r unig ysbyty cyffredinol yng Nghymru heb uned achosion dydd, ond bydd un ar waith yno erbyn yr haf. Felly, mae datblygiadau cyfalaf ar y gweill i wella'r ffordd y mae cleifion yn cael eu trin yn y system.

Mae rhai enghreifftiau syml iawn hefyd—yr ydym, yn ffisegol, wedi lleoli nyrs ardal yn yr adran damweiniau ac achosion brys yn Ysbyty Treforys, ac mae nifer o gleifion a fyddai wedi'u derbyn fel arall yn gallu mynd gartref yn syth o'r adran damweiniau ac achosion brys, oherwydd bod y nyrs ardal yn gallu cynghori ar y pecynnau gofal cartref sydd ar gael. Felly, mae amrywiaeth o fentrau, yn amrywio o'r rhai eithaf drud, sy'n dibynnu ar yr adnoddau cyfalaf a refeniw sydd ar gael gan ein comisiynwyr, i ad-drefnu'r ffordd yr ydym yn gweithio, sy'n cael effaith sylweddol.

[313] **Leighton Andrews:** Trafodir oedi wrth drosglwyddo gofal ym mharagraffau 3.33 i 3.35. Credaf eich bod wedi rhoi sylwadau arnynt eisoes, Mr Williams, er bod croeso i chi ychwanegu unrhyw sylwadau, os dymunwch. Gofynnaf i Jane Perrin a Hugh Ross yn benodol beth yn eu barn hwy yw tueddiadau ac effeithiau cyffredinol oedi wrth drosglwyddo gofal yn eu cymunedau, yn arbennig mewn cysylltiad ag amseroedd aros, a beth y maent yn ei wneud i fynd i'r afael â'r problemau y maent yn eu nodi.

Ms Perrin: As of the end of January, we had 83 patients that we would classify as delayed transfers of care. We started off last year with about 120 patients, and we came down to an all-time low of around 59 patients over the summer, but that figure has crept upwards in terms of how we are dealing with the issue. Of those 83 patients, 73 are acute patients, and 10 are patients with mental health problems, whom we are trying to move back into the community. We are working quite closely with our local health boards, social services and other trusts. I assume that the situation is the same in Cardiff but, because of the complex and tertiary workload that we undertake, a number of our patients are waiting for transfer back to their home locations, or back into community hospitals elsewhere in the NHS.

We are working closely in partnership, and more money has been made available to social services. However, in many ways, we are seeing the effect of market forces on care homes and must assess whether or not we are using that money as effectively as we might in order to crack delayed transfers of care. I do not think that we are currently maximising the impact of additional resources.

[314] **Leighton Andrews:** Can you explain that, please?

Ms Perrin: The extra money received by social services—certainly in Swansea—has been used to pay increased rates in care homes, rather than to focus on some of the true issues of ensuring better discharge planning and reducing those delayed transfers of care. That is not unique to Swansea.

Ms Perrin: Ar ddiwedd mis Ionawr, yr oedd gennym 83 o gleifion y byddem yn eu dosbarthu fel rhai oedi wrth drosglwyddo gofal. Yr oedd gennym oddeutu 120 o gleifion ar ddechrau'r llynedd, a daethom i lawr i'r nifer isaf erioed o 59 o gleifion dros yr haf, ond mae'r ffigur hwnnw wedi cynyddu'n raddol o ran sut yr ydym yn delio gyda'r mater. O'r 83 o gleifion hynny, mae 73 yn gleifion aciwt, ac mae 10 yn gleifion gyda phroblemau iechyd meddwl, yr ydym yn ceisio'u symud yn ôl i'r gymuned. Yr ydym yn gweithio'n gymharol agos gyda'n byrddau iechyd lleol, gwasanaethau cymdeithasol ac ymddiriedolaethau eraill. Tybiaf fod y sefyllfa'r un fath yng Nghaerdydd ond, oherwydd y llwyth gwaith cymhleth a thrydyddol yr ydym yn ymgymryd ag ef, mae llawer o'n cleifion yn aros i gael eu trosglwyddo yn ôl i'w cartrefi, neu yn ôl i ysbytai cymuned mewn mannau eraill yn y GIG.

Yr ydym yn gweithio'n agos mewn partneriaeth, a neulltiwyd rhagor o arian i wasanaethau cymdeithasol. Fodd bynnag, mewn sawl ffordd, yr ydym yn gweld effaith grymoedd y farchnad ar gartrefi gofal ac mae'n rhaid i ni asesu a ydym yn defnyddio'r arian mor effeithiol ag y gallem er mwyn dileu oedi wrth drosglwyddo gofal. Ni chredaf ein bod yn gwneud y defnydd gorau o effaith adnoddau ychwanegol ar hyn o bryd.

[314] **Leighton Andrews:** A allwch egluro hynny, os gwelwch yn dda?

Ms Perrin: Mae'r arian ychwanegol a dderbyniwyd gan wasanaethau cymdeithasol—yn sicr yn Abertawe—wedi'i ddefnyddio i dalu cyfraddau uwch mewn cartrefi gofal, yn hytrach na chanolbwyntio ar rai o'r materion gwirioneddol o sicrhau bod gwell cynllunio wrth ryddhau cleifion o'r ysbyty a bod yr oedi wrth drosglwyddo gofal yn cael ei ostwng. Nid yw hynny'n unigryw i Abertawe.

Mr Ross: Starting with the end of the question, there has been an impact on elective care, as substantial numbers of delayed transfers of care block beds, which means that a number of medical patients overspill into unprotected surgical capacity, which cannot then be used, as intended, for waiting-list patients. It ripples right back through the system, as I explained earlier. The situation in Cardiff and Vale is serious. The number of delayed transfers of care at the end of January was 203, which is back where the trust was a year ago, notwithstanding some good progress in the form of a downward trend earlier in the year. Of those 203 patients, 128 were general patients and some 75 were mental-health patients. Although mental-health patients might be considered a slightly separate issue, they sometimes, because they have mental-health and general-health problems, occupy acute general beds as opposed to mental-health facilities. Therefore, they too—and I do not want this to sound wrong—are part of the issue of elective care.

What are we doing about this? For the first time, we have all five statutory agencies involved—two local authorities, two local health boards and the trust—working on a single action plan covering everything from primary care to demand management, right through to delayed transfers of care, so that we can all see the whole picture. That is something that I have developed in the last two or three weeks to ensure that everyone knows their role in this process. Local authorities are aware of the problem but, in Cardiff in particular, they are hugely handicapped by the continuing decline in capacity. Around 15 per cent of beds have been lost in the private sector in recent years, and the trend is still downwards, and we expect another nursing home to close in Cardiff in the coming

Mr Ross: Gan ddechrau gyda diwedd y cwestiwn, cafwyd effaith ar ofal dewisol, gyda llawer o flocio gwelyau oherwydd oedi wrth drosglwyddo gofal, sy'n golygu bod nifer o gleifion meddygol yn defnyddio'r gallu llawdriniaethol diamddiffyn, na ellir ei ddefnyddio felly, yn unol â'r bwriad, ar gyfer cleifion rhestrau aros. Mae hyn yn treiddio yn ôl drwy'r system, fel yr eglurais yn gynharach. Mae'r sefyllfa'n un ddifrifol yng Nghaerdydd a'r Fro. Yr oedd nifer yr achosion o oedi wrth drosglwyddo gofal ar ddiwedd Ionawr yn 203, sef lle yr oedd yr ymddiriedolaeth flwyddyn yn ôl, er gwaethaf peth cynnydd da o ganlyniad i duedd ddisgynnol yn gynharach yn y flwyddyn. O'r 203 o gleifion hynny, yr oedd 128 yn gleifion cyffredinol ac yr oedd 75 yn gleifion iechyd meddwl. Er y gellir ystyried cleifion iechyd meddwl yn fater ar wahân i raddau, oherwydd bod ganddynt broblemau iechyd meddwl ac iechyd cyffredinol, maent weithiau yn meddiannu gwelyau cyffredinol aciwt yn hytrach na chyfleusterau iechyd meddwl. Felly, maent hefyd—ac nid wyf am i hyn swnio'n anghywir—yn rhan o'r mater gofal dewisol.

Beth yr ydym yn ei wneud am hyn? Am y tro cyntaf, mae pob un o'r pum asiantaeth statudol yn cymryd rhan—dau awdurdod lleol, dau fwrdd iechyd lleol a'r ymddiriedolaeth—gan weithio ar gynllun gweithredu unigol sy'n cynnwys popeth o ofal sylfaenol i reoli gofynion, i oedi wrth drosglwyddo gofal, er mwyn i bob un ohonom allu gweld y darlun cyflawn. Mae hynny'n rhywbeth yr wyf wedi'i ddatblygu yn y pythefnos i dair wythnos ddiwethaf i sicrhau bod pawb yn ymwybodol o'u rôl yn y broses hon. Mae awdurdodau lleol yn ymwybodol o'r broblem ond, yng Nghaerdydd yn benodol, maent dan anfantais enfawr oherwydd y gostyngiad parhaus mewn gallu. Collwyd oddeutu 15 y cant o welyau yn y sector preifat yn y blynyddoedd diwethaf, ac maent yn parhau i

months.

Of the 13 general nursing homes in Cardiff, only three will accept the rates that are paid by Cardiff council. The other 10 homes demand that a top-up is paid by the patients or their relatives.

Unsurprisingly, the queue for the three homes is very long, and those who exercise choice stay in our system for a considerable time. We have patients in our beds who have been waiting for their nursing home of choice for many months. When measured in bed days, as opposed to numbers of patients, it runs into the many thousands. We are trying to do all that we possibly can to develop imaginative ways of freeing up the system. We are considering possibilities such as using other local authority facilities that have become redundant or could be used for patient care for those who need continuing care and support, and we are looking at ways of providing intensive home support in a way that will enable people to be supported and maintained at home rather than having to go to a nursing or residential home. We have also considered ways for us to stimulate the marketplace to increase the capacity, which is extremely difficult. I have spent a great deal of time talking to colleagues in Cardiff council in particular, and the chairman of the trust and I are meeting them again next week to discuss this issue and others.

This inhibits our activity enormously. Over 10 per cent of our beds are occupied by delayed transfers of care. Some 70 patients in general-health beds are awaiting their nursing home of choice. If we could solve one problem in the trust in the next 12 months, this would be my No. 1 by some distance.

ostwng, ac yr ydym yn disgwyl i gartref nyrsio arall gau yng Nghaerdydd yn y misoedd nesaf.

O'r 13 cartref nyrsio cyffredinol yng Nghaerdydd, dim ond tri a fydd yn derbyn y cyfraddau a delir gan gyngor Caerdydd. Mae'r 10 cartref arall yn mynnu bod ffi ychwanegol yn cael ei dalu gan y cleifion neu eu perthnasau. Nid yw'n syndod bod y ciw am y tri chartref yn hir iawn, ac mae'r rheini sy'n ymarfer dewis yn aros yn ein system am gryn amser. Mae gennym gleifion yn ein gwelyau sydd wedi bod yn aros am y cartref nyrsio o'u dewis ers misoedd lawer. Wrth fesur hyn mewn dyddiau gwely, yn hytrach na niferoedd y cleifion, mae'n filoedd ar filoedd. Yr ydym yn ceisio gwneud popeth o fewn ein gallu i ddatblygu ffyrdd llawn dychymyg o ryddhau'r system. Yr ydym yn ystyried posibiliadau fel defnyddio, neu o bosibl defnyddio, cyfleusterau awdurdod lleol eraill sy'n segur ar gyfer gofal i gleifion i'r rheini sydd angen gofal a chymorth parhaus, ac yr ydym yn edrych ar ffyrdd o ddarparu cymorth cartref dwys mewn modd a fydd yn galluogi pobl i gael cymorth a chynhaliaeth yn y cartref yn hytrach na gorfod mynd i gartref nyrsio neu breswyl. Yr ydym hefyd wedi ystyried ffyrdd o sbarduno'r farchnad i gynyddu'r gallu, sy'n anodd iawn. Yr wyf wedi treulio llawer o amser yn siarad â chydweithwyr yng nghyngor Caerdydd yn benodol, ac mae cadeirydd yr ymddiriedolaeth a minnau yn eu cyfarfod eto yr wythnos nesaf i drafod y mater hwn ac eraill.

Mae hyn yn rhwystro ein gweithgarwch yn sylweddol. Mae dros 10 y cant o'n gwelyau yn cael eu meddiannu gan oedi wrth drosglwyddo gofal. Mae oddeutu 70 o gleifion mewn gwelyau iechyd cyffredinol yn aros am y cartref nyrsio o'u dewis. Pe gallem ddatrys un broblem yn yr ymddiriedolaeth yn y 12 mis nesaf, dyma fyddai fy mlaenoriaeth o bell ffordd.

[315] **Leighton Andrews:** Mr Williams, you mentioned your partnership board arrangement; could you comment on that as a model for others?

Mr Williams: I do not think that the model is unique. What happened, simply, is that when we reorganised the health service, the statutory partners were the local health boards and the local authorities. The trust was not part of those partnerships, but to the credit of both my LHBs and local authorities, they immediately invited the trust to be almost a full partner without the legal connotations associated with that. This has developed a real ownership of a 'whole systems' concept. If I have beds blocked, that harms the whole system, although the consequences for social services may not be such an immediate problem. By working together—saying that 'whole systems' means that everybody has to contribute, that we all have a part to play and that we all have to understand each other's problems—we can take really exciting approaches.

The issues around choice for us are certainly a lot simpler than some of the difficulties in Cardiff. The spread of accommodation in Bridgend, for instance, is fairly attractive; that is not so much the case in Neath, but my colleagues in Neath Port Talbot County Borough Council—to their credit—saw the need to tackle improving the range of accommodation available, and over the last 18 months, they have acted on it, so we are now seeing a significant improvement. Even when our numbers are small, this issue of choice, with patients and families having a sanction on what is available, still causes many difficulties.

[315] **Leighton Andrews:** Mr Williams, bu i chi grybwyll eich trefniant bwrdd partneriaeth; a ellwch roi sylwadau ar hynny fel model ar gyfer eraill?

Mr Williams: Ni chredaf fod y model yn unigryw. Yr hyn a ddigwyddodd, yn syml, oedd wrth i ni ad-drefnu'r gwasanaeth iechyd, mai'r partneriaid statudol oedd y byrddau iechyd lleol a'r awdurdodau lleol. Nid oedd yr ymddiriedolaeth yn rhan o'r partneriaethau hynny, ond er clod i fy BILl a'm hawdurdodau lleol, bu iddynt ofyn yn syth i'r ymddiriedolaeth fod yn bartner llawn bron iawn heb yr arwyddocâd cyfreithiol sy'n gysylltiedig â hynny. Mae hyn wedi datblygu perchnogaeth wirioneddol o gysyniad 'systemau cyfan'. Os oes gennyf flocio gwelyau, mae hynny'n niweidio'r system gyfan, er na fydd y canlyniadau i'r gwasanaethau cymdeithasol yn broblem ar unwaith o bosibl. Drwy weithio gyda'n gilydd—gan ddweud bod 'systemau cyfan' yn golygu bod pawb yn gorfod cyfrannu, bod gennym i gyd ran i'w chwarae a bod yn rhaid i ni gyd ddeall problemau ein gilydd—gallwn gymryd camau cyffrous iawn.

Mae'r materion ynghylch dewis i ni yn sicr yn llawer symlach na rhai o'r anawsterau yng Nghaerdydd. Mae'r amrywiaeth o lety ym Mhen-y-bont ar Ogwr, er enghraifft, yn eithaf dymunol; nid yw hynny'n wir yng Nghastell-nedd, ond gwelodd fy nghydweithwyr yng Nghyngor Bwrdeistref Sirol Castell-nedd Port Talbot—er mawr clod iddynt—yr angen i fynd i'r afael â gwella'r amrywiaeth o lety sydd ar gael, a thros y 18 mis diwethaf, maent wedi gweithredu ar hyn, felly yr ydym yn awr yn gweld gwelliant sylweddol. Hyd yn oed pan fo'n niferoedd yn isel, mae'r mater hwn o ddewis, gyda chleifion a theuluoedd yn cael cymeradwyo yr hyn sydd ar gael, yn parhau i achosi llawer o anawsterau.

[316] **Leighton Andrews:** My final questions are on waiting-times strategy and performance management, aimed at you all. Is it not true to say that a culture of missing waiting-time targets has developed within NHS Wales?

Mr Williams: It is not a culture that I would acknowledge.

Ms Perrin: I think that it is difficult to generalise. By and large, Swansea has hit the targets that have been set for it over the past couple of years. We are certainly on target to do so again this year.

Mr Ross: The report states that this culture existed in the past, but it is not one that I recognise. I have made it clear to everyone in the trust that hitting targets must be a top priority.

[317] **Leighton Andrews:** Do you think that the Assembly Government should develop more effective incentives and sanctions to address this issue?

Mr Ross: I would like to see long-term, clear targets set down by the Assembly. For example, it could say that it would take a three-year approach towards achieving a certain point by 2008. We would make sure that we drove the system to be as efficient and effective as possible, to get the absolute maximum out of every penny spent, but that we would think imaginatively about the extra capacity needed to drive down waiting times.

[316] **Leighton Andrews:** Mae fy nghwestiynau olaf ar strategaeth amseroedd aros a rheoli perfformiad, sydd ar eich cyfer i gyd. Onid yw'n wir dweud bod diwylliant o fethu targedau amseroedd aros wedi'i ddatblygu yn GIG Cymru?

Mr Williams: Nid yw'n ddiwylliant y byddwn yn ei gydnabod.

Ms Perrin: Credaf ei bod yn anodd cyffredinol hyn. Ar y cyfan, mae Abertawe wedi cyflawni'r targedau a osodwyd ar ei gyfer yn ystod yr ychydig flynyddoedd diwethaf. Yr ydym yn sicr ar y trywydd iawn i wneud hynny eto eleni.

Mr Ross: Mae'r adroddiad yn nodi bod y diwylliant hwn wedi bodoli yn y gorffennol, ond nid yw'n un yr wyf yn ei adnabod. Yr wyf wedi nodi'n glir wrth bawb yn yr ymddiriedolaeth bod yn rhaid rhoi blaenoriaeth i gyflawni'r targedau.

[317] **Leighton Andrews:** A ydych yn credu y dylai Llywodraeth y Cynulliad ddatblygu cymhellion a chosbau mwy effeithiol i fynd i'r afael â'r mater hwn?

Mr Ross: Hoffwn weld y Cynulliad yn gosod targedau hirdymor, clir. Er enghraifft, gallai ddweud y byddai'n cymryd ymagwedd dair blynedd at gyflawni pwynt penodol erbyn 2008. Byddem yn sicrhau ein bod yn gweithredu'r system i fod mor effeithiol ac effeithlon â phosibl, i gael y gorau o bob ceiniog sy'n cael ei gwario, ond y byddem yn defnyddio'n dychymyg i feddwl am y gallu ychwanegol sydd ei angen i ostwng amseroedd aros.

The capacity issue is a genuine one. There is an example in the report of a trust which has an annual level of referrals twice what it is paid to treat; that is my trust in orthopaedics. We currently have a significant gap between what commissioners are able to commission and what is required. We are going to require some imaginative approaches, as part of what I would like to see, which is a three-year strategy, to ensure that NHS Wales gets to the level of maximum waiting times that we would all wish to see. That is a personal view, but I sense that there is a growing consensus that that is the right way forward, and I sincerely hope that we can make significant progress along those lines in the next two or three years.

Ms Perrin: I would agree with you about different incentives and levers. It is important that we look at that on a whole-system basis across trusts, local health boards and the whole health community, if you like, because they all have an impact on each other. As we pointed out earlier, we have been living with non-recurrent waiting-list initiatives for a number of years now. We need to find recurrent, sustainable solutions around capacity and working differently across NHS Wales.

Mr Williams: I do not think that there is any substitute for a coherent, sustainable plan. If incentives have a place, then they have certainly been slow in coming in Wales. In fact, I enjoyed, for the first time, an incentive payment this year, but it is non-recurring and there is very little that I can do with it to stimulate or roll-out the projects that we discussed earlier. So, it has been useful to put more equipment in the front line, but it has been quite modest. Incentives in England have been fairly substantial—£1 million for a three-star trust—but that sort of money has

Mae'r mater gallu yn un dilys. Mae enghraifft yn yr adroddiad o ymddiriedolaeth sydd â lefel cyfeiriadau blynyddol ddwywaith cymaint â'r hyn y telir iddi ei thrin; sef fy ymddiriedolaeth ym maes orthopedeg. Ar hyn o bryd mae gennym fwlch sylweddol rhwng yr hyn y gall comisiynwyr ei gomisiynu a'r hyn sy'n ofynnol. Bydd angen agweddau llawn dychymyg arnom, fel rhan o'r hyn yr hoffwn ei weld, sef strategaeth tair blynedd, er mwyn sicrhau bod GIG Cymru yn cyrraedd y lefel amseroedd aros uchaf bosibl yr ydym i gyd am ei gweld. Barn bersonol yw honno, ond credaf fod consensws cynyddol mai dyna'r ffordd iawn ymlaen, a gobeithiaf yn ddiffuant y gallwn wneud cynnydd sylweddol ar hyd y trywydd hwnnw yn y ddwy i dair blynedd nesaf.

Ms Perrin: Byddwn yn cytuno gyda chi am y gwahanol gymhellion a dulliau. Mae'n bwysig ein bod yn edrych ar hynny ar sail system gyfan ar draws ymddiriedolaethau, byrddau iechyd lleol a'r gymuned iechyd gyfan, os dymunwch, oherwydd maent i gyd yn effeithio ar ei gilydd. Fel y bu i ni sôn yn gynharach, yr ydym wedi bod yn byw gyda mentrau rhestrau aros anghylchol ers blynyddoedd bellach. Mae angen i ni ganfod atebion rheolaidd, cynaliadwy ynghylch gallu a gweithio'n wahanol ar draws GIG Cymru.

Mr Williams: Credaf nad oes unrhyw beth i gymryd lle cynllun cydlynol, cynaliadwy. Os oes gan gymhellion le, yna maent yn sicr wedi bod yn araf yn cyrraedd Cymru. Yn wir, derbyniais, am y tro cyntaf, gymelldaliad eleni, ond mae'n anghylchol ac ni allaf wneud llawer gydag ef i sbarduno neu roi'r prosiectau y bu i ni eu trafod yn gynharach ar waith fesul cam. Felly, mae wedi bod yn ddefnyddiol i roi rhagor o gyfarpar ar y rheng flaen, ond mae wedi bod yn gymharol ddi-nod. Mae'r cymhellion yn Lloegr wedi bod yn eithaf sylweddol—£1 miliwn ar gyfer

not been available in Wales. However, ultimately, we need an effective, coherent, sustainable plan.

[318] **Leighton Andrews:** As Mr Ross and—

[319] **Janet Davies:** I am sorry, Leighton, but you only have another two minutes.

[320] **Leighton Andrews:** Okay. In that case, I will just ask Mr Williams one question. Some trusts were allowed to breach the Government's minimum targets on the 2003-04 service and financial framework—yours was not one of them. Does this not undermine the incentive for you as a better-performing trust to improve waiting times?

Mr Williams: Yes, it does. If we drive the organisation hard—and we do drive it hard—it stretches the loyalty of the clinical staff to extremes at times. They ask why we are doing this if other organisation are breaching. So, there are some sort of perverse incentives in that, if you get better, you are not necessarily rewarded. That is not about a personal reward for me, but about a way in which the clinical staff can relate to why we want to do these things. That is one of the subtle issues in terms of the incentivisation. You get into all sorts of issues of differential waiting times and all sorts of other things, but we must find a way of capturing people's imagination and get everybody behind this to drive it forward.

[321] **Janet Davies:** Thank you. You have five minutes, Alun.

yymddiriedolaeth tair seren—ond nid oes arian tebyg wedi bod ar gael yng Nghymru. Fodd bynnag, yn y pen draw, mae angen cynllun effeithiol, cydlynol a chynaliadwy arnom.

[318] **Leighton Andrews:** Fel Mr Ross a—

[319] **Janet Davies:** Mae'n ddrwg gennyf, Leighton, ond dim ond dau funud arall sydd gennyh.

[320] **Leighton Andrews:** Iawn. Os felly, yr wyf am ofyn un cwestiwn i Mr Williams. Caniatawyd rhai ymddiriedolaethau i dorri targedau gofynnol y Llywodraeth yn fframwaith gwasanaeth a chyllid 2003-04—nid oedd eich un chi yn un ohonynt. Onid yw hyn yn tanseilio'r cymhelliant i chi fel ymddiriedolaeth sy'n perfformio'n well i wella amseroedd aros?

Mr Williams: Ydy, mae hynny'n wir. Os ydym yn gweithio'r sefydliad yn galed—ac yr ydym yn ei weithio'n galed—mae'n rhoi straen enfawr ar deyrngarwch y staff clinigol o bryd i'w gilydd. Maent yn gofyn pam ein bod yn gwneud hyn os yw sefydliadau eraill yn torri'r addewidion. Felly, mae rhyw fath o gymhellion gwrthnysig yn hynny sef, os ydych yn gwella, nid ydych yn cael eich gwobrwyo o bosibl. Nid yw hynny'n golygu gwobr bersonol i mi, ond mae'n golygu ffordd y gall staff clinigol uniaethu â pham ein bod am wneud y pethau hyn. Mae hynny'n un o'r materion cynnil o ran y cymhelliant. Yr ydych yn wynebu pob math o faterion o amseroedd aros gwahanol a phob math o bethau eraill, ond mae'n rhaid i ni ganfod ffordd o danio dychymyg pobl a chael pawb i gefnogi hyn i'w yrru ymlaen.

[321] **Janet Davies:** Diolch. Mae gennyh bum munud, Alun.

[322] **Alun Cairns:** I will ask questions of all three witnesses, Cadeirydd. I refer to paragraphs 4.21 in volume 2 and paragraphs 4.41 to 4.44, where the Auditor General's report is critical of the use of waiting-times initiatives, their management and their sustainability. What are your views on the effectiveness of waiting-time initiatives? From the perspective of the trusts, could the money be spent more effectively? I would like to couple that with the answer that Mr Williams just gave about non-recurring funding—maybe that could be included in the answer.

Mr Ross: My personal view is that waiting-time initiatives can be very effective, and they can result in measurable reductions in waiting times, but they do not necessarily address the underlying causes. As has already been said by one of my colleagues, when you do something on a non-recurring basis for the sixth time, it is probably giving you a pretty clear steer that you should be doing it on a recurring basis. That has led to the sorts of frustrations in the systems that Paul referred to.

The report suggests that some of the waiting-time initiatives in Wales have not been as cost effective as should have been the case in the past. I do not have any knowledge of that, but I do know that a great deal of care and attention is being paid to ensuring that the purchasing power available is used as effectively as possible in the current year. There has been a real focus on making sure that, for example, English NHS tariffs were used as benchmarks and so on, to ensure that as much value for money as possible was procured. Having said that, frankly, the best investment of all, I think, would be to make the sort of investment in NHS Wales that we have had through the second offer scheme in the trusts. We have brought some additional surgical

[322] **Alun Cairns:** Yr wyf am ofyn cwestiynau i'r tri thyst, Gadeirydd. Cyfeirïaf at baragraffau 4.21 yng nghyfrol 2 a pharagraffau 4.41 i 4.44, lle mae adroddiad yr Archwilydd Cyffredinol yn feirniadol o'r defnydd o fentrau amseroedd aros, eu rheolaeth a'u cynaliadwyedd. Beth yw eich barn ar effeithlonrwydd y mentrau amseroedd aros? O safbwynt yr ymddiriedolaethau, a ellid gwario'r arian yn fwy effeithiol? Hoffwn gyplysu hynny gyda'r ateb y mae Mr Williams newydd ei roi am arian anghylchol—efallai y gellid cynnwys hynny yn yr ateb.

Mr Ross: Yr wyf o'r farn y gall mentrau amseroedd aros fod yn effeithiol iawn, a gallant arwain at ostyngiadau mesuradwy mewn amseroedd aros, ond nid ydynt o reidrwydd yn mynd i'r afael â'r achosion sylfaenol. Fel y dywedodd un o'm cydweithwyr eisoes, wrth wneud rhywbeth ar sail anghylchol am y chweched tro, mae'n debyg bod hyn yn rhoi arwydd eithaf clir y dylech ei wneud ar sail gylchol. Mae hynny wedi arwain at y mathau o rwystredigaethau yn y systemau y cyfeiriodd Paul atynt.

Mae'r adroddiad yn awgrymu nad yw rhai o'r mentrau amseroedd aros yng Nghymru wedi bod mor gost effeithiol ag y dylent yn y gorffennol. Nid oes gennyf unrhyw wybodaeth am hynny, ond gwn fod llawr o ofal a sylw yn cael ei roi i sicrhau bod y gallu prynu sydd ar gael yn cael ei ddefnyddio mor effeithiol â phosibl yn y flwyddyn bresennol. Bu gwir ganolbwyntio ar sicrhau, er enghraifft, bod tariffau'r GIG yn Lloegr yn cael eu defnyddio fel meincnodau ac ati, i sicrhau ein bod yn cael cymaint o werth am arian â phosibl. Ar ôl dweud hynny, a bod yn blaen, y buddsoddiad gorau un, yn fy marn i, fyddai gwneud y math o fuddsoddiad yn GIG Cymru yr ydym wedi ei gael drwy gynllun yr ail gynnig yn yr ymddiriedolaethau. Yr ydym wedi

facilities on-line; we have run them effectively with our own staff, they are protected facilities, and all the second-offer money goes directly into those facilities rather than into a private facility, for example. So, they have had a place. I would prefer, as I indicated just now, to see them replaced by a sustainable and resourced programme. If that meant that innovative ways of increasing the capacity in the short term had to be found, then that is all well and good.

Mr Williams: I will just reinforce that message. We keep using the terms ‘sustainable capacity’ and ‘sustainable improvement’, but we cannot emphasise this sufficiently. There is a very legitimate place in management for what we call ‘putting in a quick fix’, provided that, at the same time, you put in a medium to long-term plan. Waiting-list initiatives have put a quick fix in, year after year, which is inexpensive and inefficient. It is inexpensive and inefficient, because we also have the financial obligation not to overspend. You cannot hire an expensive team of staff and say, ‘By the way, in six months’ time, you will not have a job’. You therefore start to use overtime or the private sector, or start to pay over the odds to encourage people to do the work.

If that money had been provided recurringly—and, as Hugh said, that money seems to be have been provided recurringly on a non-recurring basis, which seems to be a bit of a no-brainer to me—you could then have had significantly more value for money in terms of having a sound return on the investment. For me, there is nothing wrong with a quick fix. What I cannot see is the sustainable medium to long-term plan, and I think that we can certainly compete on equal terms—if not better—with the private sector in delivering these services, as this is our core business.

dod â rhai cyfleusterau llawfeddygol ychwanegol ar-lein; yr ydym wedi’u gweithredu’n effeithiol gyda’n staff ein hunain, maent yn gyfleusterau a ddiogelir, ac mae holl arian cynlluniau’r ail gynnig yn mynd yn syth i’r cyfleusterau hynny yn hytrach nag i gyfleuster preifat, er enghraifft. Felly, mae ganddynt le. Byddai’n well gennyf, fel y dywedais yn awr, weld rhaglen gynaliadwy ac iddi adnoddau yn cymryd eu lle. Pe bai hynny’n golygu bod angen canfod ffyrdd arloesol o gynyddu gallu yn y tymor byr, popeth yn iawn.

Mr Williams: Yr wyf am atgyfnerthu’r neges honno. Yr ydym yn parhau i ddefnyddio’r termau ‘gallu cynaliadwy’ a ‘gwelliant cynaliadwy’, ond ni allwn bwysleisio hyn ddigon. Mae lle dilys iawn ym maes rheoli i’r hyn a ddisgrifir fel ‘defnyddio ateb cyflym’, os, ar yr un pryd, eich bod yn gweithredu cynllun tymor canolig neu hirdymor. Mae mentrau rhestrau aros wedi bod yn ateb cyflym, flwyddyn ar ôl blwyddyn, sy’n rhad ac yn annigonol. Mae’n rhad ac yn annigonol, oherwydd bod gennym hefyd y rhwymedigaeth ariannol i beidio â gorwario. Ni allwch gyflogi tîm drud o staff a dweud, ‘Gyda llaw, mewn chwe mis, ni fydd gennych swydd’. Yr ydych felly’n dechrau defnyddio goramser neu’r sector preifat, neu’n dechrau talu gormod i annog pobl i wneud y gwaith.

Pe bai’r arian hwnnw wedi’i ddarparu’n gylchol—ac, fel y dywedodd Hugh, ymddengys bod yr arian hwnnw wedi’i ddarparu’n gylchol ar sail anghylchol, sy’n ymddangos rhywfaint yn dwp i mi—byddech wedyn wedi gallu cael llawer rhagor o werth am arian o ran cael adenillion da ar y buddsoddiad. I mi, nid oes unrhyw beth o’i le gydag ateb cyflym. Yr hyn na allaf ei weld yw’r cynllun tymor canolig i hirdymor cynaliadwy, a chredaf y gallwn yn sicr gystadlu ar delerau cyfartal—os nad yn well—gyda’r sector preifat wrth ddarparu’r gwasanaethau hyn, oherwydd mai dyma’n busnes

Ms Perrin: I do not have anything else to add. I totally support the comments made by Hugh and Paul.

[323] **Alun Cairns:** Mr Ross and Ms Perrin, I recognise the progress that the trust has made in tackling long in-patient day-case waiting times, and also, to a lesser extent, out-patient waiting times. The trusts clearly experience long waiting lists with long tails. Has the level of expenditure on waiting-times initiatives provided a perverse incentive to your consultants to maintain long tails on the waiting lists, because it then forces people to use the private sector far more, which potentially could be more lucrative to them?

Ms Perrin: I do not think that the private practice is an issue in this part of the world, as it is, perhaps, elsewhere in the UK. Good waiting-list and waiting-time management is around treating patients in turn according to clinical priority. Work is certainly ongoing in Swansea to make sure that we are taking patients from the end of the lists, so that we are not, if you like, allowing consultants to just pick and choose what they want to do. It is a managed process to ensure that we are treating patients in turn, according to the clinical priority of the patient.

craidd.

Ms Perrin: Nid oes gennyf unrhyw beth arall i'w ychwanegu. Yr wyf yn cytuno'n llwyr â sylwadau Hugh a Paul.

[323] **Alun Cairns:** Mr Ross a Ms Perrin, yr wyf yn cydnabod y cynnydd y mae'r ymddiriedolaeth wedi'i wneud wrth fynd i'r afael ag amseroedd aros hir achosion dydd cleifion mewnol, a hefyd, i raddau llai, amseroedd aros cleifion allanol. Mae'r ymddiriedolaethau yn amlwg yn wynebu amseroedd aros hir gyda chynffonau hir. A yw'r lefel gwariant ar fentrau amseroedd aros wedi darparu cymhelliant gwrthnysig i'ch meddygon ymgynghorol i gadw'r cynffonau hyn ar yr amseroedd aros, oherwydd ei fod wedyn yn gorfodi pobl i ddefnyddio llawer mwy o'r sector preifat, a allai o bosibl fod yn fwy proffidiol iddynt?

Ms Perrin: Ni chredaf fod yr ymarfer preifat yn fater yn y rhan hon o'r byd, fel y mae, o bosibl, mewn mannau eraill yn y DU. Mae rhestrau aros da a rheoli amseroedd aros yn golygu trin cleifion yn unol â blaenoriaeth glinigol. Mae gwaith yn sicr yn cael ei wneud yn Abertawe i sicrhau ein bod yn cymryd cleifion o waelod y rhestrau, fel nad ydym, os dymunwch, yn gadael i feddygon ymgynghorol ddethol a dewis yr hyn y maent am ei wneud. Mae'n broses a reolir i sicrhau ein bod yn trin cleifion yn eu tro, yn unol â blaenoriaeth glinigol y claf.

Mr Ross: There is no evidence to suggest that there has been motivation to keep waiting lists long in the way that you suggest. Problems around out-patients, traditionally, across the NHS—not just in Wales, but elsewhere—have been because perhaps the issue was not afforded as much attention as in-patient to day-case lists. I think that that is changing rapidly. The sorts of good practice guides to which Jane referred are now widely used. There is a real focus on reducing those waiting times. I am delighted to see that the Assembly also has that in its sights. The sooner that we get on with the business of reducing those out-patient waiting times, the sooner we will reduce the overall patient journey, which is still far too long.

It seems to me that there are some really exciting initiatives now getting under way, and I will give you two examples of that. The first is a pilot referral centre in the Vale of Glamorgan Local Health Board, which will eventually lead to all GP referrals to secondary care being assessed by a referral centre in the local health board itself, to see whether that is the most appropriate pathway, or whether there are alternative pathways that would be just as beneficial for the patient but which are much more readily available. That is using a model which has been used in England and has been shown to reduce secondary care referrals substantially by providing better alternatives. We already have one running, in effect, for orthopaedics. We have been running a musculoskeletal treatment centre at Barry hospital, which is focused entirely on long-waiting orthopaedic patients, some of whom have been waiting as out-patients for years, and, within six months, over 2,000 patients will have been seen in that centre. If the current projections are maintained, only 300 or 400 of those patients will need to go for surgical consideration for

Mr Ross: Nid oes tystiolaeth i awgrymu y bu cymhelliant i gadw rhestrau aros yn hir yn y ffordd yr ydych yn awgrymu. Mae'r problemau ynghylch cleifion allanol, yn draddodiadol, ledled y GIG—nid yng Nghymru yn unig, ond mewn mannau eraill—wedi bodoli oherwydd na roddwyd cymaint o sylw o bosibl i'r mater ag a roddir i restrau cleifion mewnol i achosion dydd. Credaf fod hynny'n newid yn gyflym. Mae'r mathau o ganllawiau arferion da y cyfeiriodd Jane atynt yn cael eu defnyddio'n eang bellach. Canolbwyntir ar ostwng yr amseroedd aros hynny. Yr wyf yn falch iawn bod hynny o fewn golygon y Cynulliad hefyd. Po gyflymaf y byddwn yn mynd ati i ostwng yr amseroedd aros cleifion allanol hynny, y cynharaf y byddwn yn gostwng llwybr cyffredinol y claf, sy'n llawer yn rhy hir o hyd.

Ymddengys i mi bod rhai mentrau cyffrous iawn ar fin cychwyn yn awr, ac yr wyf am roi dwy enghraifft i chi o hynny. Y cyntaf yw'r ganolfan gyfeirio beilot ym Mwrdd Iechyd Lleol Bro Morgannwg, a fydd yn arwain yn y pen draw at asesu holl gyfeiriadau meddygon teulu at ofal eilaidd gan ganolfan gyfeirio yn y bwrdd iechyd lleol ei hun, i weld ai hwnnw yw'r llwybr mwyaf priodol, neu a oes llwybrau gwahanol a fyddai'r un mor fuddiol i'r claf ond sydd ar gael yn llawer haws. Mae hynny'n defnyddio model sydd wedi'i ddefnyddio yn Lloegr ac sydd wedi gostwng cyfeiriadau gofal eilaidd yn sylweddol drwy ddarparu gwell opsiynau gwahanol. Mae gennym un ar waith yn barod, mewn gwirionedd, ar gyfer orthopedeg. Yr ydym wedi bod yn rhedeg canolfan driniaethau cyhyrysgerbydol yn ysbyty'r Barri, sy'n canolbwyntio'n llwyr ar gleifion orthopedig sydd wedi bod yn aros am hir, mae rhai wedi bod yn aros fel cleifion allanol am flynyddoedd, ac, o fewn chwe mis, bydd dros 2,000 o gleifion wedi'u gweld yn y ganolfan. Os cynhelir y rhagamcaniadau presennol, dim ond 300 neu 400 o'r cleifion hynny a fydd angen

surgical referral, and we will have found alternative ways to offer them treatment. Interestingly, patient satisfaction levels are among the highest that I have ever seen for any such initiatives. Therefore, there are different ways of managing the out-patient problem. Again, I think that it is about proper demand management, proper work on referrals, and secondary and primary care working together to make sure that only the most relevant and appropriate patients find their way through to the traditional out-patient list. Accepting that you will still have that list, and you have to manage it as tightly and as well as you possibly can. I think that if we can do that, we will also have the beginnings of a sustainable solution for out-patients.

[324] **Alun Cairns:** Mr Williams, can you tell me, from a trust perspective, what interventions would really help you to make large in-roads into waiting times for in-patients and out-patients?

Mr Williams: It comes back to having this coherent plan, which brings together those three issues of tackling process, the demand and the capacity, and linking them to human, revenue and capital resources. To me, that is a fairly simple management problem. That is where we need the focus of all the organisations to achieve it. So, some organisations might have to spend more time internally improving their processes and efficiencies, while others might have to tackle the demand and the capacity issues more aggressively. It will vary in certain parts of Wales. However, coming back to my colleague's point, maybe some regional perspective would also help on that. I think that it will be possible within three years to perhaps approach some of the English targets if we address the problem in that particular way and focus on these issues.

ystyriaeth lawdriniaethol ar gyfer cyfeiriadau llawdriniaethol, a byddwn wedi canfod ffyrdd gwahanol o gynnig triniaeth iddynt. Yn ddiddorol, mae lefelau boddhad cleifion ymhlith yr uchaf yr wyf erioed wedi'u gweld ar gyfer unrhyw fentrau o'u bath. Felly, mae gwahanol ffyrdd o reoli'r broblem cleifion allanol. Eto, credaf fod hyn yn ymwneud â rheoli galw yn iawn, gwaith iawn ar gyfeiriadau, a gofal eilaidd a chanolraddol yn gweithio gyda'i gilydd i sicrhau mai dim ond y cleifion mwyaf perthnasol a phriodol sy'n cyrraedd y rhestrau cleifion allanol traddodiadol. Gan dderbyn y bydd gennych y rhestr honno o hyd, a bod yn rhaid i chi ei rheoli mor gaeth a chystal â phosibl. Os gallwn wneud hynny, credaf y bydd gennym y sylfeini ar gyfer ateb cynaliadwy i'n cleifion allanol yn ogystal.

[324] **Alun Cairns:** Mr Williams, a allwch ddweud wrthyf, o safbwynt ymddiriedolaeth, pa ymyriadau a fyddai'n eich cynorthwyo i ostwng amseroedd aros cleifion mewnol a chleifion allanol yn sylweddol?

Mr Williams: Mae'n dod yn ôl at gael y cynllun cydlynol hwn, sy'n dod â'r tri achos ynghyd o fynd i'r afael â'r broses, y galw a'r gallu, a'u cysylltu ag adnoddau dynol, refeniw a chyfalaf. I mi, mae hynny'n broblem reoli gymharol syml. Ar hyn y mae angen i'r holl sefydliadau ganolbwyntio er mwyn ei gyflawni. Felly, hwyrach y bydd yn rhaid i rai sefydliadau dreulio mwy o amser yn fewnol yn gwella eu prosesau a'u heffeithlonrwydd, tra gallai eraill fynd i'r afael â'r materion galw a gallu yn fwy ffyrnig. Bydd yn amrywio mewn gwahanol rannau o Gymru. Fodd bynnag, gan ddod yn ôl at bwynt fy nghydweithwyr, hwyrach y byddai rhywfaint o safbwynt rhanbarthol yn cynorthwyo gyda hynny. Credaf, o fewn tair blynedd, y bydd modd dilyn rhai o dargedau Lloegr os ydym yn mynd i'r afael â'r broblem yn y ffordd benodol honno a

There is one good example of where targets can work: if we look back four or five years ago at where our cataract waiting list was, we said at the time that the wait would be four months, and we now have a four-month list. I do not see why you could not rack that up and say, 'Let us have another go and make it three months, and chip away at that one'. So, I think that a lot of exciting work is going on now, but it needs to have that concentration and to be delivering on a coherent plan. At the moment I have some difficulty in seeing that developing, because there are huge problems in terms of this year's financial settlement, and we will be distracted in my trust as we may have to find £4 million for a cost-improvement programme. That is an enormous thing to ask, as well as trying to develop capacity and have sustainable plans.

[325] **Alun Cairns:** Can you expand on that last answer about the financial settlement for this coming year, Mr Williams? What does that mean in your trust? If the Cadeirydd is willing, perhaps I could ask the same question to Mr Ross and Ms Perrin.

Mr Williams: The figures published by the Assembly indicate that, compared with England, which will have a settlement of around 8 per cent, the settlement in Wales is around 5.2 per cent. With the already identified cost pressures in the system, there is a gap of at least 3 per cent if we stand still, before more capacity is built in. So, crudely at the moment, if we look at the Neath Port Talbot and Bridgend health community—the trust and the local health boards—we are thinking around how we are going to deal with perhaps a £10 million problem. It seems to me that England is powering ahead with capacity and, at the same time, putting higher levels of resources in. It could well be that the view is that we cannot

chanolbwyntio ar y materion hyn. Mae un enghraifft dda o le gall targedau weithio: os edrychwn yn ôl bedair neu bum mlynedd ar ein rhestr aros cataractau, bu i ni ddweud ar y pryd y byddai'n rhaid aros pedwar mis, ac mae gennym restr aros pedwar mis yn awr. Ni allaf weld pam na ellwch edrych ar hynny a dweud, 'Beth am geisio ei gael i lawr i dri mis, a mynd ati i wneud hynny'. Felly, credaf fod llawer o waith cyffrous yn cael ei wneud yn awr, ond mae angen canolbwyntio fel hynny a chyflawni cynllun cydlynol. Ar hyn o bryd yr wyf yn cael trafferth gweld hynny'n datblygu, oherwydd mae problemau enfawr o ran setliad ariannol eleni, a bydd hyn yn ein rhwystro yn fy ymddiriedolaeth oherwydd efallai y byddwn yn gorfod dod o hyd i £4 miliwn ar gyfer rhaglen gwella costau. Mae hynny'n gofyn llawer, ynghyd â cheisio datblygu gallu a gweithredu cynlluniau cynaliadwy.

[325] **Alun Cairns:** A allwch ymhelaethu ar eich ateb diwethaf am y setliad ariannol ar gyfer y flwyddyn sydd i ddod, Mr Williams? Beth mae hynny'n ei olygu yn eich ymddiriedolaeth chi? Os yw'r Cadeirydd yn fodlon, efallai y gallaf ofyn yr un cwestiwn i Mr Ross a Ms Perrin.

Mr Williams: Mae'r ffigurau a gyhoeddwyd gan y Cynulliad yn dangos, o gymharu â Lloegr, a fydd yn cael setliad o tua 8 y cant, bod y setliad yng Nghymru tua 5.2 y cant. Gyda'r pwysau costau sydd wedi'u hamlygu eisoes yn y system, mae bwlch o 3 y cant o leiaf os ydym yn aros yn ein hunfan, cyn y gellir ychwanegu rhagor o gapasiti. Felly, yn fras ar hyn o bryd, os edrychwn ar gymuned iechedy Castell-nedd Port Talbot a Phen-y-bont ar Ogwr—yr ymddiriedolaeth a'r byrddau iechedy lleol—yr ydym yn ystyried sut byddwn yn delio â phroblem £10 miliwn o bosibl. Ymddengys i mi bod Lloegr ben ac ysgwydd o'n blaenau o ran capasiti ac, ar yr un pryd, yn cyfrannu rhagor o adnoddau. Efallai nad ydym yn gallu rheoli'r

manage the money that we already have. Nevertheless, there are issues regarding sustainable capacity and how will deal with these issues. Is it appropriate that we should be spending all our time next year thinking about having to take money out, rather than about how we can be creatively developing our capacity?

Mr Ross: The situation in Cardiff and Vale NHS Trust is that the provisional plans that have gone to the trust board suggest that we will have to reduce our costs by around £15 million in the next financial year. Our turnover, as you will be aware, is a little over £500 million. We do not fully know yet what the implications of that will be. We are, as you would expect, benchmarking our performance against a whole range of other large teaching trusts across the UK to see where we can make efficiencies, be it in everything from procurement and supplies through to all aspects of clinical practice and the use of equipment, drugs, consumables and so on. I think that Paul is right to say that it is an extremely significant issue for NHS Wales. There is no doubt that it is quite the tightest financial settlement that I have faced at the beginning of a financial year for a good many years.

Ms Perrin: We are in a similar position. Our income is around £320 million, so it is smaller than Cardiff's. However, we are approaching double figures in terms of what we believe to be the shortfall. That is made up, if you like, of the gap that Paul talked about in terms of standing still to continue to deliver what we are doing at the moment, plus the cost of achieving the tightened targets for next year. All NHS organisations make efficiencies year on year, but, as Hugh has said, we have an extremely difficult year ahead of us to sustain services and to hit the waiting-times targets. The challenge is going to be—and I think that we have picked this up

arian sydd gennym eisoes. Fodd bynnag, mae materion ynghylch capasiti cynaliadwy a sut byddwn yn delio â'r materion hyn. A yw'n briodol ein bod yn treulio ein holl amser y flwyddyn nesaf yn meddwl am orfod tynnu arian allan, yn hytrach na meddwl am ffyrdd o ddatblygu ein capasiti yn greadigol?

Mr Ross: Y sefyllfa yn Ymddiriedolaeth GIG Caerdydd a'r Fro yw bod y cynlluniau dros dro sydd wedi'u cyflwyno i fwrdd yr ymddiriedolaeth yn awgrymu y byddwn yn gorfod gostwng ein costau o tua £15 miliwn yn y flwyddyn ariannol nesaf. Mae ein trosiant, fel y gwyddoch, ychydig dros £500 miliwn. Nid ydym yn gwybod yn iawn eto beth fydd goblygiadau hynny. Yr ydym, fel y byddech yn disgwyl, yn meincnodi ein perfformiad yn erbyn amrywiaeth llawn o ymddiriedolaethau addysgu mawr eraill ledled y DU i weld lle gallwn wneud arbedion, boed hynny ym mhopeth o gaffael a chyflenwadau i bob agwedd ar ymarfer clinigol a'r defnydd o gyfarpar, cyffuriau, nwyddau traul ac ati. Credaf fod Paul yn llygad ei le yn dweud ei fod yn fater hynod bwysig i GIG Cymru. Nid oes amheuaeth ei fod yn un o'r setliadau ariannol caletaf yr wyf wedi'i wynebu ar ddechrau blwyddyn ariannol ers blynyddoedd maith.

Ms Perrin: Yr ydym mewn sefyllfa debyg. Mae'n hincwm oddeutu £320 miliwn, felly mae'n llai nag incwm Caerdydd. Fodd bynnag, yr ydym yn agosáu at ffigurau dwbl o ran yr hyn yr ydym yn ei ystyried yn ddiffyg. Mae hynny'n cynnwys, os dymunwch, y bwlch y cyfeiriodd Paul ato o ran aros yn ein hunfan i barhau i wneud yr hyn yr ydym yn ei wneud ar hyn o bryd, yn ogystal â'r gost o gyflawni'r targedau caletach ar gyfer y flwyddyn nesaf. Mae pob sefydliad GIG yn gwneud arbedion flwyddyn ar ôl blwyddyn, ond, fel y dywedodd Hugh, mae blwyddyn anodd iawn o'n blaenau bob un i gynnal gwasanaethau ac i gyflawni'r targedau

throughout the morning—how we can do things differently, and how we can think differently. It is not just about doing more of the same. That, however, is going to require very strong partnership working across commissioners, providers and social services, and, as Wanless has said, looking at the sustainability and configuration of services across south Wales.

[326] **Alun Cairns:** It seems to me that the position is extremely worrying for the next financial year, and I am grateful to each of you for being candid in this respect. Bearing in mind that many of the best practice initiatives that we have heard about will require additional capital in the short term, perhaps, in order to deliver them, what implication does this financial settlement have on those initiatives, which will provide that sustainable reduction in waiting times?

Mr Ross: There are two possible developments: one is the Welsh Assembly Government's decision to greatly increase the capital available to the national health service in coming years, and that will certainly help with some of the modernisation and improvement and changes in facilities that we need to see. The Llandough orthopaedic unit is a good example of how increased capital investment will help with waiting times. On revenue, the Minister has announced that there is £32 million available in the coming year—on a non-recurring basis—for in-patient and day-case waiting-time work, out-patient waiting-list work, and work on cardiac services. We do not know yet how that money will be distributed in detail, but we have been given some outlines about the procedures that will be used. My anxiety, as you would expect, is that the new year starts on 1 April, and if we are to have additional capacity running next year,

amseroedd aros. Yr her sy'n ein hwynebu—a chredaf ein bod wedi trafod hyn gydol y bore—yw sut gallwn wneud pethau'n wahanol, a sut gallwn feddwl yn wahanol. Nid yw'n golygu gwneud rhagor o'r un peth yn unig. Bydd hynny, fodd bynnag, yn gofyn am waith partneriaeth cryf iawn rhwng comisiynwyr, darparwyr a gwasanaethau cymdeithasol, ac, fel y dywedodd Wanless, edrych ar gynaliadwyedd a ffurfwedd gwasanaethau ledled y De.

[326] **Alun Cairns:** Ymddengys i mi bod y sefyllfa'n destun pryder mawr ar gyfer y flwyddyn ariannol nesaf, ac yr wyf yn ddiolchgar i chi gyd am fod yn onest ynghylch hyn. O gofio y bydd llawer o'r mentrau arferion gorau yr ydym wedi clywed amdanynt yn gofyn am gyfalaf ychwanegol yn y tymor byr, efallai, er mwyn eu cyflawni, pa oblygiadau sydd gan y setliad ariannol hwn ar y mentrau hynny, a fydd yn darparu gostyngiad cynaliadwy mewn amseroedd aros?

Mr Ross: Mae dau ddatblygiad posibl: y cyntaf yw penderfyniad Llywodraeth Cynulliad Cymru i gynyddu'r cyfalaf sydd ar gael i'r gwasanaeth iechyd gwladol yn sylweddol yn y blynyddoedd nesaf, a bydd hynny'n sicr yn cynorthwyo gyda rhywfaint o'r moderneiddio a'r gwelliannau a'r newidiadau mewn cyfleusterau sydd angen eu gwneud. Mae uned orthopedeg Llandochoau yn enghraifft dda o sut bydd buddsoddiad cyfalaf cynyddol yn cynorthwyo gydag amseroedd aros. O ran refeniw, mae'r Gweinidog wedi cyhoeddi bod £32 miliwn ar gael yn y flwyddyn nesaf—ar sail anghylchol—ar gyfer gwaith amseroedd aros cleifion mewnol ac achosion dydd, gwaith rhestrau aros cleifion allanol, a gwaith ar wasanaethau'r galon. Nid ydym yn gwybod eto sut yn union y dosberthir yr arian hwnnw, ond yr ydym wedi derbyn ambell amlinelliad o'r gweithdrefnau a fydd yn cael eu defnyddio. Fy mhryder, fel y byddech yn ei ddisgwyl, yw bod y

which we must, I would like those patients to be already identified by this stage—which we are not in a position to do. I would like to hit the ground running on 1 April with the levels of work that are required. So, we are urging colleagues in the system to get cracking with that as quickly as possible.

Mr Williams: The question for me is, although the £32 million is welcome, what is the gap between the £32 million and what we need in order to maintain the existing capacity, plus the additional capacity that will need to go into the system as a result of reducing waiting times for out-patients to 12 months and the conversion rate that will have on in-patients? The assumption is that that will somehow be sorted out between the commissioners and the trusts. That is the \$64,000 question.

[327] **Alun Cairns:** However, if the finance is not there, clearly that cannot be resolved.

Mr Williams: Or one overspends.

Ms Perrin: The additional capital resources that have recently been announced are welcome, because if we are to stop the current dependence on the acute side of the NHS, we must have the facilities and infrastructure in place elsewhere in the health system. We are not yet clear how that capital is going to be used, or how it is going to be allocated. It is welcome, but we need to get cracking with using it.

flwyddyn newydd yn dechrau ar 1 Ebrill, ac os ydym am gael capasiti ychwanegol ar waith y flwyddyn nesaf, sy'n hanfodol i ni, byddwn yn hoffi pe bai'r cleifion hynny wedi'u nodi eisoes—rhywbeth nad ydym mewn sefyllfa i'w wneud. Hoffwn pe baem yn dechrau ar y gwaith o ddifrif ar 1 Ebrill gyda'r lefelau o waith sy'n ofynnol. Felly, yr ydym yn annog cydweithwyr yn y system i dorchu llewys gyda hynny cyn gynted â phosibl.

Mr Williams: Y cwestiwn i mi yw, er ein bod yn croesawu'r £32 miliwn, beth yw'r bwlch rhwng y £32 miliwn a'r hyn yr ydym ei angen er mwyn cynnal y gallu sydd gennym eisoes, ynghyd â'r gallu ychwanegol a fydd ei angen ar gyfer y system o ganlyniad i ostwng amseroedd aros cleifion mewnol i 12 mis a'r gyfradd drosi y bydd hynny'n ei chael ar gleifion mewnol? Y rhagdybiaeth yw y bydd hynny rhywsut yn cael ei ddatrys rhwng y comisiynwyr a'r ymddiriedolaethau. Dyna'r cwestiwn hollbwysig.

[327] **Alun Cairns:** Fodd bynnag, os nad yw'r arian ar gael, yn amlwg ni ellir datrys hynny.

Mr Williams: Neu mae rhywun yn gorwario.

Ms Perrin: Croesewir yr adnoddau cyfalaf ychwanegol a gyhoeddwyd yn ddiweddar, oherwydd os ydym am atal y ddibyniaeth sydd gennym ar hyn o bryd ar elfen aciwt y GIG, mae'n rhaid i ni gael y cyfleusterau a'r seilwaith ar waith yn rhywle arall yn y system iechyd. Nid ydym yn glir eto sut y byddwn yn defnyddio'r cyfalaf, neu sut y bydd yn cael ei ddyrannu. Yr ydym yn ei groesawu, ond mae'n rhaid i ni fynd ati i'w ddefnyddio.

[328] **Janet Davies:** I think that right at the end of this hearing we have come across a very serious problem. The amounts of money that you are talking about are very large amounts for your trusts to get to grips with. I am not downplaying this at all, but I will ask Mr Williams a specific question: you had a meeting for Assembly Members in your area—I think it was two years ago, before the reorganisation of the health service—concerning £1 million, by which you felt that you would be adrift at that point. This was specifically connected with the neo-natal sector. How did you overcome that problem at that time?

Mr Williams: As Jane says, year in, year out, we have to make efficiency savings and we remained within budget by setting ourselves a very stringent cost improvement, taking about £2 million out of the system by doing things differently. There is always that kind of challenge, always the requirement that we do those kinds of things. The problem is that often patient choice and technology drives the system harder than we can find the money. The neo-natal service is a very good example of that, whereby we are still working through, with Health Commission Wales, a review of neo-natal services, which has a substantial bill attached to it. I do not know what will happen if the review's findings are accepted, but the resources are not going to be there. At the moment, the way in which we are bridging that gap is by the trust, the LHB and the HCW putting in some money on a non-recurring basis. So, the problem is being handled, but we have yet to have a sustainable solution.

[328] **Janet Davies:** Credaf ar ddiwedd y gwrandawriad hwn ein bod wedi datgelu problem ddifrifol iawn. Mae'r symiau o arian yr ydych yn eu trafod yn symiau mawr iawn i'ch ymddiriedolaethau fynd i'r afael â hwy. Nid wyf yn bychanu hyn o gwbl, ond yr wyf am ofyn cwestiwn penodol i Mr Williams: cynhaliwyd cyfarfod i Aelodau'r Cynulliad yn eich ardal—credaf fod hyn ddwy flynedd yn ôl, cyn ad-drefnu'r gwasanaeth iechyd—ynghylch £1 miliwn, sef y swm yr oeddech yn credu y byddech ar ei hôl hi bryd hynny. Yr oedd hyn yn gysylltiedig yn benodol â'r sector newyddenedigol. Sut gwnaethoch ddatrys y broblem honno ar y pryd?

Mr Williams: Fel y dywedodd Jane, bob blwyddyn, mae'n rhaid i ni wneud arbedion effeithlonrwydd a bu i ni aros o fewn cyfyngiadau ein cyllideb drwy bennu gwelliant costau caeth iawn, gan gymryd oddeutu £2 filiwn allan o'r system drwy wneud pethau'n wahanol. Ceir her o'r fath drwy'r amser, ac mae'n ofynnol i ni wneud y mathau hynny o bethau drwy'r amser. Y broblem yn aml yw bod dewis cleifion a thechnoleg yn gweithio'r system yn galetach na'r arian sydd ar gael i ni. Mae'r gwasanaeth newyddenedigol yn enghraifft dda iawn o hynny, lle yr ydym yn parhau i weithio, gyda Chomisiwn Iechyd Cymru, drwy adolygiad o wasanaethau newyddenedigol, sy'n costio llawer o arian. Nid wyf yn gwybod beth fydd yn digwydd os derbynnir canfyddiadau'r adolygiad, ond ni fydd yr adnoddau yno. Ar hyn o bryd, y ffordd yr ydym yn pontio'r bwlch yw drwy gael yr ymddiriedolaeth, y BIL1 a Chomisiwn Iechyd Cymru i gyfrannu arian ar sail anghylchol. Felly, yr ydym yn delio â'r broblem, ond nid ydym wedi canfod ateb cynaliadwy eto.

[329] **Janet Davies:** Thank you for that reply. As I said, I was not trying to downplay your problems: I fully recognise that you have some major ones there.

I would like to thank the three of you very much for coming here today, and to point out that hearing of the problems directly from the people who operate on the ground is very helpful for this committee. It gives us a different view. Every time we have done this—and we only do it about once a year—it has always given us a lot to think about, and it has been very significant in the report that comes forward.

There will be a verbatim transcript of this meeting, and you will each be sent a copy of the draft transcript to correct any factual inaccuracies before it is published. Thank you for coming today.

*Daeth y sesiwn cymryd tystiolaeth i ben am 12.35 p.m.
The evidence-taking session ended at 12.35 p.m.*

[329] **Janet Davies:** Diolch am yr ateb. Fel y dywedais, nid oeddwn yn ceisio bychanu eich problemau: yr wyf yn cydnabod yn llawn eich bod yn wynebu problemau mawr.

Hoffwn ddiolch yn fawr iawn i'r tri ohonoch am ddod yma heddiw, ac mae cael clywed am y problemau yn uniongyrchol gan y bobl sy'n gweithio yn y maes yn ddefnyddiol iawn i'r pwyllgor hwn. Mae'n taflu goleuni arall i ni ar y mater. Bob tro yr ydym wedi gwneud hyn—a dim ond tua unwaith y flwyddyn y gwnawn hynny—mae wedi rhoi digon i ni gnoi cil drosto, ac mae wedi bod yn bwysig yn yr adroddiad sy'n cael ei gyflwyno.

Bydd trawsgrifiad gair am air o'r cyfarfod hwn, a bydd copi o'r drafft hwn yn cael ei anfon atoch er mwyn i chi allu cywiro unrhyw wallau ffeithiol cyn ei gyhoeddi. Diolch i chi am ddod heddiw.