

NHS Cymru

rhoi
cleifion
yn gyntaf



NHS Wales

putting
patients
first

Cyflwynwyd gerbron y Senedd gan
Ysgrifennydd Gwladol Cymru
drwy orchymyn Ei Mawrhydi
Ionawr 1998

Presented to Parliament by
Secretary of State for Wales
by command of Her Majesty
January 1998



NHS Cymru

Rhoi Cleifion yn Gyntaf

Cyflwynwyd gerbron y Senedd gan
Ysgrifennydd Gwladol Cymru
drwy orchymyn Ei Mawrhydi
Ionawr 1998

Gorch 3841

Cyhoeddwyd gan y Llyfrfa Gyfyngedig
ISBN 0 10 138412 2

£9.75

Yn ôl

Y Llyfrfa

sylwadau



NHS Wales

Putting Patients First

Presented to Parliament by the
Secretary of State for Wales
by Command of Her Majesty
January 1998

Cm 3841

published by The Stationery Office as
ISBN 010 138412 2

9.75 [sterling]

CYNNWYS

Rhagymadrodd gan y Prif Weinidog

Rhagair gan Ysgrifennydd Gwladol Cymru

Pennod 1 - Dechrau Newydd

Pennod 2 - Arweinyddiaeth Genedlaethol i'r NHS - Cynulliad Cenedlaethol Cymru

Pennod 3 - Gwella Gwasanaethau i Gleifion

Pennod 4 - Arweinyddiaeth Leol i'r NHS

Pennod 5 - Gofal Sylfaenol - Seiliau Cadarn

Pennod 6 - Ymddiriedolaethau NHS - Darparu Gofal o Ansawdd

Pennod 7 - Pobl - Ein Hased Fwyaf

Pennod 8 - Sut y bydd yr Arian yn Llifo

Pennod 9 - Gwneud i'r Cyfan Ddigwydd

Geirfa



CONTENTS

Title Page

Preface by the Prime Minister

Foreword by the Secretary of State for Wales

Chapter 1 - A New Beginning

Chapter 2 - National Leadership for the NHS - The National Assembly for Wales

Chapter 3 - Improving Services for Patients

Chapter 4 - Local Leadership for the NHS

Chapter 5 - Primary Care - A Sound Foundation

Chapter 6 - NHS Trusts - Providing Quality Care

Chapter 7 - People - Our Greatest Asset

Chapter 8 - How the Money will Flow

Chapter 9 - Making it Happen

Glossary

RHAGYMDRODD GAN Y PRIF WEINIDOG

Creu'r NHS oedd y weithred fwyaf o foderneiddio a gyflawnwyd gan Lywodraeth Lafur erioed. Mae lle Aneurin Bevan mewn hanes yn golygu ei bod yn weithred arbennig o arwyddocaol yng Nghymru. Yn sgil ei greu, diddymwyd yr ofn yr aech yn sâl a fu'n bla ers blynyddoedd lawer ar fywydau miliynau o bobl. Ond gwn mai un o brif resymau pobl dros ethol Llywodraeth Lafur newydd ar 1 Mai oedd eu pryder bod yr NHS yn eu methu hwy a'u teuluoedd. Yn fy nghontract gyda phobl Prydain addewais y byddem yn ailadeiladu'r NHS. Yr ydym eisoes wedi dechrau. Mae'r Llywodraeth yn rhoi £70 miliwn yn ychwanegol i mewn i'r gwasanaeth iechyd yng Nghymru yn ystod y flwyddyn hon a'r nesaf. Mae mwy o arian yn mynd i mewn i wella gwasanaethau meddygon teulu a gwasanaethau ysbytai. Bydd yr NHS yn gwella bob blwyddyn fel ei fod unwaith eto yn cyflwyno gofal dibynadwy o ansawdd uchel - a hynny ar sail angen ac nid y gallu i dalu.

Mae'r Papur Gwyn hwn yn drobwynt i'r NHS yng Nghymru. Mae'n disodli'r farchnad fewnol. Yr ydym yn arbed £50 miliwn o dâp coch ac yn rhoi'r arian hwnnw i mewn i ofal rheng-flaen i gleifion Cymru. Am y tro cyntaf caiff yr angen i sicrhau bod gofal o ansawdd uchel ar gael ledled y gwasanaeth ei gymryd o ddifrif. Caiff safonau cenedlaethol o ofal eu gwarantu. Bydd yna fynediad haws a chyflymach i'r NHS pan fydd arnoch ei angen. Mae ein hymagwedd yn cyfuno effeithlonrwydd ac ansawdd â chred mewn tegwch a phartneriaeth.

Wrth nesáu at hanner canmlwyddiant yr NHS yng Nghymru, mae'n bryd myfyrio ar ei gyraeddiadau aruthrol. Ond mewn byd sy'n newid, ni all yr un corff sefyll yn ei unfan, ni waeth pa mor fawr. Mae angen i'r NHS foderneiddio er mwyn bodloni galwadau'r cyhoedd heddiw. Mae *Rhoi Cleifion yn Gyntaf* yn dechrau'r broses o foderneiddio yng Nghymru. Bydd yr NHS yng Nghymru yn dechrau darparu gwasanaethau newydd a gwell i'r cyhoedd. Er enghraifft, profion a thriniaeth gyflymach ar gyfer canser y fron a gwybodaeth well a chyflymach oddi wrth ysbytai i GPs am eu cleifion.

Yn fyr, hoffwn i'r NHS yng Nghymru gymryd camau bras ymlaen a dod yn wasanaeth modern a dibynadwy sydd, unwaith eto, yn destun eiddigedd ledled y byd.

Wrth gwrs, rhaid i'r arian fod yn iawn. Mae'r Llywodraeth eisoes wedi rhoi symiau ychwanegol mawr i mewn i'r NHS a bydd yn codi'r gwariant mewn termau real bob blwyddyn. Ond gyda'r arian hwnnw daw cyfrifoldeb o fewn y gwasanaeth i newid. I greu gwell gofal. Gofal pan fo'i angen. Gofal o safonau uchel cyson.

Mae'r her yn un fawr, ond yr wyf yn hyderus y gallwn, gyda chefnogaeth y cyhoedd, ymrwymiad staff yr NHS a chymorth y Llywodraeth, greu eto yng Nghymru NHS sy'n rhoi'r cleifion yn gyntaf, NHS sy'n gwirioneddol oleuo'r ffordd i weddill y byd.

sylwadau

RHAGAIR GAN YSGRIFENNYDD GWLADOL CYMRU

Etholwyd y Llywodraeth ar Fanifesto i adfer y Gwasanaeth Iechyd Gwladol fel gwasanaeth gwirioneddol gyhoeddus o ansawdd uchel, yn cael ei gyflwyno mewn cydweithrediad ag eraill i ddiogelu a gwella iechyd yn ogystal ag i ymateb i salwch ac anabledd. Mae'r Papur Gwyn hwn, *Rhoi Cleifion yn Gyntaf*, yn nodi'n gweledigaeth ni ar gyfer NHS Cymru ac yn esbonio sut, drwy gydweithio, y gallwn wireddu'r ymrwymïadau hyn.

Ni chaiff yr un o'r gwerthoedd a ymgorfforwyd yn yr NHS pan gafodd ei greu gan Aneurin Bevan ei golli. Bydd yr NHS yng Nghymru yn parhau'n wasanaeth gwirioneddol wladol ar gael i bawb ar sail angen. Ac angen yn unig; nid y gallu i dalu; nid pwy yw'ch meddyg teulu ac nid ble'r ydych yn byw. Ategwn y gwerthoedd hyn drwy godi'r gwariant ar yr NHS mewn termau real bob blwyddyn a buddsoddi'r arian hwnnw mewn gwell gwasanaethau i gleifion.

Mae ein hamcanion yn glir: helpu'r NHS i gydweithio â phawb a all wella gwasanaethau i gleifion; dileu cystadleuaeth, biwrocratiaeth y gellir ei hosgoi a thameidiogrwydd; rhoi ansawdd ar frig agenda pawb, a chaniatáu i benderfyniadau gael eu cymryd yn lleol. Bodlonwn yr amcanion hyn drwy ddileu'r farchnad fewnol sydd wedi gosod ysbyty yn erbyn ysbyty. Yn ei lle, sefydlwn drefniadau newydd a fydd yn hybu cydweithredu ac yn codi perfformiad.

Mae *Rhoi Cleifion yn Gyntaf* hefyd yn gwireddu'n hymrwymiad i wella rôl gofal sylfaenol. Bydd Grwpiau Iechyd Lleol yn agor cyfleoedd newydd i GPs, nyrsys, proffesiynolion gofal iechyd eraill, awdurdodau lleol a phobl leol i gymryd yr awenau wrth drefnu gwasanaethau iechyd i'w cymunedau. Rhaid wrth newid, ond newid a fydd yn esblygu ac yn ymateb i anghenion lleol. Bydd y Llywodraeth yn cynnig arweiniad cenedlaethol lle bo'n bwysig, ond fel arall bydd gan yr awdurdodau iechyd, ymddiriedolaethau NHS a Grwpiau Iechyd Lleol gyfrifoldebau clir dros wella ansawdd ac ystod y gwasanaethau a gynigir i gleifion.

Mae *Rhoi Cleifion yn Gyntaf* yn cynnig atebion sy'n gywir i Gymru ac yn paratoi'r ffordd ar gyfer creu Cynulliad Cenedlaethol Cymru ym 1999. Yn bwysicach na hynny, bydd yn adfer ar gyfer y bobl wasanaeth sy'n ffyddlon i'w egwyddorion sylfaenol a'i uchelgeisiau, yn ymatebol i'w ddefnyddwyr ac yn hyderus yn ei ddyfodol.

DECHRAU NEWYDD

Etholwyd y Llywodraeth i fynd â'r NHS yn ôl i'w wreiddiau fel gwasanaeth o ansawdd dda, a gyflwynir mewn cydweithrediad ag eraill er mwyn diogelu a gwella iechyd yn ogystal ag i ymateb i salwch ac anabledd. Yr oedd pwyslais y farchnad fewnol ar gystadleuaeth yn mynd yn groes i athroniaeth hir-sefydledig yr NHS o gydweithrediad a phartneriaeth. Mae'r Papur Gwyn hwn wedi'i seilio ar y gred bod diwygio'r NHS yn golygu mwy nag ail-greu mecanweithiau i ddisodli'r farchnad fewnol fethedig. Y nod yw cadarnhau ei egwyddorion sylfaenol a dyfeisio ymatebion newydd i'r heriadau newydd sy'n ei wynebu.

1.1 Eleni gwelir hanner canmlwyddiant sefydlu'r NHS. Gwnaeth Cymru gyfraniad balch at ei greu. Yn y blynyddoedd ers i Aneurin Bevan ei greu, mae'r NHS wedi datblygu'n un o sefydliadau gwerthfawrocaf y wlad. Fe'i hedmygir ledled y byd fel model o ofal iechyd cynhwysfawr a chost-effeithiol, sydd ar gael yn gyffredinol ar sail angen a'i gefnogi gan wasanaethau arbenigol a rhaglenni helaeth o ymchwil broffesiynol a thechnegol.

1.2 Ni fydd yr un o'r gwerthoedd hyn yn newid; bydd yr NHS yn parhau yn wasanaeth gwirioneddol wladol sydd ar gael i bawb ar sail angen. Bydd yn wasanaeth hefyd sydd wedi ail-ymrwymo i gleifion i sicrhau eu bod yn gallu cael gofal cyflym, priodol ac effeithiol a bod ganddynt lais yn y ffordd y mae gwasanaethau'n cael eu darparu a'u datblygu. Serch hynny, mae'r NHS yn wynebu nifer o heriadau parhaus:

- galw a disgwyliadau cynyddol o du'r cleifion, sy'n ei gwneud yn ofynnol i'r NHS gael ei reoli mewn ffyrdd sy'n cadw ac yn gwella'r ffocws ar gleifion tra'n defnyddio'r adnoddau sydd ar gael mor effeithiol â phosibl;
- effaith technoleg feddygol a dylanwad cynyddol datblygiad technolegol ar ofal cleifion (er enghraifft, llawfeddygaeth twll clo, llawfeddygaeth trawsblannu, telefeddygaeth, rôl peiriannu genynnol wrth gynhyrchu cyffuriau a brechlynnau, a rôl geneteg ym mhob agwedd ar ofal iechyd);
- pwysau demograffaid a fydd yn golygu y bydd 8.8% o'r boblogaeth, yng Nghymru, dros 75 oed erbyn 2015. Mae hynny 14% yn uwch na'r hyn a ddisgwyilir yn Lloegr a bydd iddo oblygiadau arwyddocaol, o ran cost yn ogystal â gofal, i'r NHS, llywodraeth leol ac asiantaethau gwirfoddol;
- mae angen i'r arferion gorau mewn gofal iechyd ddod yn arferion cyffredin. Un o flaenoriaethau'r NHS newydd fydd nodi arferion da a lledaenu llwyddiant ar draws cyrff y mae eu perfformiad yn amrywio'n eang.

1.3 Pwysau gwirioneddol yw'r rhain, ond mae modd eu goresgyn. Cafwyd heriadau o du technoleg a galw cynyddol erioed. Bydd y rhain yn parhau, ond nid ydynt o reidrwydd yn pwyntio i un cyfeiriad yn unig. Gall triniaethau a thechnolegau meddygol newydd ddisodli hen wasanaethau sy'n fwy costus; gall effeithlonrwydd darddu o ddefnydd gwell ar yr adnoddau presennol a hefyd o siapiau gwasanaethau yng ngoleuni tystiolaeth newydd ar gost-effeithiolrwydd clinigol; a gall ymagweddau newydd, gan gynnwys y rhai a amlinellir yn y Papur Gwyn hwn, i roi mwy o reolaeth i broffesiynolion dros benderfyniadau ariannol yn ogystal â phenderfyniadau clinigol, ddwyn ffrwyth ar ffurf gwasanaethau mwy cost-effeithiol. Yn yr un modd, mae'n amlwg bod rhaid gwneud penderfyniadau anodd. Rhaid i berfformiad wella er mwyn i gleifion gael gwasanaethau o'r ansawdd y mae arnynt eu hangen.

Y Diffyg Iechyd

1.4 Mae iechyd yng Nghymru yn waeth nag yn y DU gyfan a llawer o wledydd eraill Gorllewin Ewrop. Mae disgwyliad oes ryw flwyddyn yn llai nag yn Lloegr; mae'r gyfradd farwolaeth o glefyd y galon yng Nghymru tua 18% yn uwch, a chyfraddau canser rhyw 10% yn uwch.

1.5 Ceir tystiolaeth gynyddol hefyd o amrywiadau sylweddol mewn iechyd rhwng pobl sy'n byw mewn gwahanol rannau o Gymru. Gall cyfraddau marwolaeth o glefyd y galon, canser yr ysgyfaint a chanser y fron fod cymaint â dwywaith yn uwch mewn rhai rhannau o Gymru nag eraill, ac mae iechyd cymunedau yng nghymoedd y De yn tueddu i fod yn waeth ar ystod eang o fynegeion na chymunedau mewn llawer rhan arall o Gymru.

1.6 Ym 1997 yr oedd nifer fawr iawn o bobl sydd wedi'u cofrestru fel rhai a oedd yn anweithgar yn economaidd hefyd; mae pobl â salwch hir-dymor yn gwneud cyfraniad anghymesur at y nifer hwn. Mae hyn yn arbennig o wir yng nghymoedd y De. Mae angen, felly, i NHS Cymru fynd i'r afael â baich ychwanegol sylweddol o afiechyd.

1.7 Mae gwella iechyd yn gyffredinol, a lle mae'r anghydraddoldebau ar eu gwaethaf, yn her i bob asiantaeth, preifat a chyhoeddus. Mae angen iddynt weithio gyda'r NHS ar bob lefel i fynd i'r afael ag achosion isorweddol afiechyd, cefnogi meddygon a phroffesiynolion iechyd eraill wrth ofalu am y cleifion o dan sylw, a chydweithredu ag asiantaethau eraill i

ddarparu'r rhaglenni cydweithredol y mae eu hangen i ganiatáu i unigolion ymgymryd ag ystod ehangach o gyflogaeth briodol. Mae hyn yn her hefyd yn y tymor hir ac yn her y mae'n rhaid i gyrff, adnoddau ac egwyddorion yr NHS newydd gyd-fynd â hi. Mae'r Papur Gwyn hwn, a'r papur cyfatebol ar strategaeth genedlaethol ar gyfer gwella iechyd a gyhoeddir yn gynnar eleni, yn ceisio sefydlu'r ymagwedd gydweithredol hon gyda chyrff y mae eu penderfyniadau ar wasanaethau cymunedol, tai, cyflogaeth a'r amgylchedd yn effeithio'n sylweddol ar iechyd y bobl.

Marchnad Fewnol yr NHS

1.8 Mae angen i'r NHS fod wedi'i drefnu'n dda er mwyn ymateb i anghenion iechyd Cymru. Cyflwynwyd y farchnad fewnol ym 1990, i wella rheolaeth yr NHS yn ôl yr honiad. Cafwyd rhywfaint o lwyddiant cyfyngedig, ond methwyd â mynd i'r afael â'r materion mwyaf sylfaenol sy'n wynebu'r NHS yng Nghymru ac, yn fwyaf andwyol, bu'n creu rhaniadau mewn gwasanaeth lle mae cydweithrediad rhwng staff a rhwng cyrff yn allweddol i ofal da. Mae'r Llywodraeth yn bwriadu dileu'r agweddau hynny ar y farchnad fewnol sydd wedi bod yn faen tramgwydd i well iechyd a gofal cleifion da, gan gadw'r hyn sydd wedi gweithio.

1.9 Bydd y Llywodraeth:

- yn cadw'r rhaniad rhwng y broses gomisiynu, lle caiff anghenion gofal iechyd eu hasesu a gwasanaethau iechyd eu dylunio i'w bodloni, a darpariaeth y gwasanaethau hynny. Mae hyn yn caniatáu i gomisiynwyr, yn enwedig yr awdurdodau iechyd, gamu'n ôl o alwadau rheolaeth weithredol feunyddiol a sicrhau bod gwasanaethau'n bodloni anghenion y bobl leol yn well;
- yn hybu cyfranogiad GPs a phroffesiynolion gofal sylfaenol eraill ymhellach wrth gomisiynu gwasanaethau i'w cleifion. Mae hyn wedi symud ymlaen o gyfyngiadau cul cronfeydd ymarferwyr cyffredinol i amrywiaeth o fodelau lle gall grwpiau o broffesiynolion gofal sylfaenol weithio gyda'i gilydd er lles buddiannau ehangach eu cleifion;
- yn gwella ymhellach ar ddata ynghylch gweithgarwch a chost, sydd wedi rhoi darlun cliriach o'r hyn sy'n digwydd i gleifion ac i'r NHS, a gwybodaeth arall sydd wedi helpu ymarferwyr gofal iechyd a chleifion yn fwyfwy i wneud dewisiadau gwybodus ynglyn â thriniaethau;
- yn parhau i ddatblygu gwell cyfathrebu rhwng y sectorau gofal sylfaenol ac eilaidd, sydd wedi hybu cydweithio agosach rhwng y ddau;
- yn cadw rheolaeth weithredol ddatganoledig ymddiriedolaethau NHS.

1.10 Er hynny, creodd y farchnad fewnol broblemau newydd y gellir eu hosgoi:

- mae anghydraddoldebau mewn iechyd a mynediad i wasanaethau iechyd wedi'u gwaethygu yn sgil creu rhaniadau newydd rhwng cleifion ymarferwyr cyffredinol sy'n dal cronfeydd a'r lleill. Mae'r gwasanaethau y mae'r cleifion yn eu derbyn yn rhy aml yn cael eu penderfynu'n fwy gan lle maent yn byw a phwy yw eu meddyg na chan eu hanghenion clinigol;

Ym 1996-97:

Yr oedd y gyfran o'r boblogaeth a ddeuai o dan ddeiliaid cronfeydd yn amrywio o 42% ym Mro Taf i 73% yn Nyfed Powys;

yr oedd dyraniadau deiliaid cronfeydd am bob pen o'r boblogaeth yng Nghymru yn amrywio o £116-£289.

- er bod yr awdurdodau iechyd, llywodraeth leol a'r sectorau gofal sylfaenol ac eilaidd oll yn gytûn y dylai cynllunio hir-dymor ynglyn â gwasanaethau iechyd a'r ystod eang o benderfyniadau cysylltiedig ar addysg, hyfforddiant, ymchwil, gwerthuso ac effeithiolrwydd adnoddau fod yn o un o brif gyfrifoldebau'r NHS newydd, ni chafwyd unrhyw ymdrech yn ddiweddar i ddarparu fframwaith cynllunio y gall yr NHS weithredu'n gydlynus o'i fewn. Mae sicrhau'r gofal gorau a'r gwerth gorau o gorff mor gymhleth a mawr ag NHS Cymru yn golygu cynllunio am y tymor hwy, rhywbeth sydd wedi bod yn arbennig o anodd o fewn strwythur tameidiog y farchnad fewnol;

Yn y De un ysbyty yn unig sydd â phoblogaeth mewn dalgylch unigryw ar gyfer gwasanaethau damweiniau a brys. Mae gan rai cymunedau yn y De fynediad i bedair adran damweiniau a brys o fewn pellter teithio 30 munud. Prin yw gorgyffwrdd o'r fath yn y Gogledd a'r Gorllewin.

- mae cystadleuaeth ymhlith darparwyr a chontractau blynyddol am wasanaethau iechyd wedi canolbwyntio sylw rheolwyr ar yr hyn y gellir ei gostio a'i gyfrif yn hytrach na'r hyn y dylid ei gostio a'i gyfrif. Mae adnoddau wedi'u gwyro o ofal cleifion i mewn i broses fiwrocataidd nad oes a wnelo ond ychydig ag ansawdd y gofal a roddir i gleifion. Bu'r broses honno'n aneffeithlon.

Erbyn Medi 1997:

nid oedd yr un awdurdod iechyd wedi cytuno ei holl contractau ar gyfer 1997-98 â darparwyr gwasanaethau iechyd; ni allai'r un ymddiriedolaeth NHS fod yn hyderus beth fyddai ei hincwm am y flwyddyn gyfredol; yr oedd llai na hanner yr ymarferwyr cyffredinol a oedd yn ddeiliaid cronfeydd wedi cytuno ar eu dyraniad ariannol gyda'u hawdurdod iechyd.

Dechrau Newydd

1.11 Mae'r Llywodraeth yn cydnabod mai'r system sydd wedi methu, nid y staff sy'n gweithio ynddi. Mae clinigwyr a rheolwyr wedi gweithio'n galetach nag erioed o'r blaen i sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu cyflwyno ac nad yw cleifion wedi'u hanfanteisio. Gan adeiladu ar yr ysbryd hwn, nod y Llywodraeth yw gosod gwaith tîm a chydweithrediad yn ôl wrth galon yr NHS mewn rhaglen o weithgarwch cydweithredol sy'n ymestyn dros nifer o flynyddoedd ond sydd â cherrig milltir clir.

1.12 Amcanion allweddol yr NHS newydd fydd:

- dileu'r rhwystrau i ofal integredig;
- datblygu ymatebolrwydd lleol er mwyn manteisio ar ragolygon llawer gwell ar gyfer darparu gofal, yng nghartrefi'r cleifion ac yn agos iddynt;
- lleihau'r amrywiadau iechyd ar draws Cymru a mynd i'r afael ag anghydraddoldebau mewn iechyd ac mewn mynediad i ofal iechyd;
- alinio cyfrifoldebau dros benderfyniadau clinigol ac ariannol yn well o fewn cyd-destunau lleol, sef y rhai gorau ar gyfer cyflwyno rhaglenni gofal integredig;
- manteisio i'r eithaf ar dechnoleg newydd i roi gwell gwybodaeth i bobl a'u GPs lleol er mwyn i'r ddau gael gwneud dewisiadau mwy gwybodus ynglyn â gofal;
- gwella effeithlonrwydd ar bob lefel o fewn a rhwng cyrff a'u haelodau unigol o staff;
- gwella ansawdd gofal, gan ddechrau ag ymchwilio a datblygu o ansawdd dda, sy'n ymgorffori effeithiolrwydd clinigol ac sy'n cynnwys perfformiad trefniadaethol a fesurir, yn rhannol, drwy gyfrwng rhaglenni o feincnodi parhaus;
- sicrhau bod hyfforddiant a datblygiad parhaus staff ar bob lefel ac ym mhob sector yn flaenoriaeth.

Gweithio ar y Cyd

1.13 Mae'r weledigaeth hon yn atgyfnerthu'r themâu strategol a bennwyd ar gyfer yr NHS deng mlynedd yn ôl, ond sydd wedi'u llesteirio gan y farchnad fewnol a'r diffyg argyhoeddiad gwleidyddol, sef:

- y dylai'r NHS ganolbwyntio ar gynnydd mewn iechyd, gan geisio lleihau nifer y marwolaethau cynamserol yng Nghymru a gwella ansawdd bywyd;
- y dylai ganolbwyntio ar bobl, gan reoli ei wasanaethau er lles y claf ac o dan ddylanwad barn y cleifion;
- y dylai'r gwasanaeth fod yn effeithiol o ran adnoddau.

1.14 Mae'r Ysgrifennydd Gwladol yn derbyn bod yr amcanion hyn yn dal yn berthnasol heddiw, ond mae angen eu dehongli a'u dilyn o fewn cyd-destun ymdrechion ehangach y gymdeithas i wella iechyd, a'r angen i NHS Cymru weithio ar y cyd â chyrff eraill. Dylai'r NHS fod yn wasanaeth sy'n ymgorffori tegwch, effeithlonrwydd, effeithiolrwydd, ymatebolrwydd, atebolrwydd integreiddiad a hyblygrwydd. Dylai cleifion gael yr un lefel o wasanaeth ac ansawdd gofal am yr un lefel o angen. Gan fod anghenion iechyd yn amrywio ar draws Cymru, felly mae angen i wasanaethau gael eu teilwra at yr amgylchiadau lleol er mwyn sicrhau tegwch o ran mynediad a thriniaeth. Dylai'r cyfrifoldeb dros wneud penderfyniadau gael ei ddatganoli mor agos â phosibl at y cleifion er mwyn hybu ymatebolrwydd ac arloesedd mewn gwasanaethau. Rhaid i ddatganoli cyfrifoldeb fynd law yn llaw â mecanweithiau ar gyfer atebolrwydd a rheolaeth.

1.15 Daw cystadleuaeth, ymraniad, biwrocratiaeth y gellir ei hosgoi ac ynysrwydd i ben. Gwasanaeth gwladol unedig fydd yr NHS newydd, lle bydd y staff a'r defnyddwyr yn rhannu cyd-ddealltwriaeth o'r hyn y gall cleifion ei ddisgwyl oddi wrth yr NHS; a sut y gall cleifion, teuluoedd, cymunedau lleol a chyrff cysylltiedig wneud cyfraniad. Bydd hyn yn gofyn am ymrwymiad newydd i bartneriaeth ar bob lefel:

- yn wladol, *rhwng y Llywodraeth a'r bobl* er mwyn rhoi blaenoriaeth i well iechyd a gwasanaethau iechyd priodol yn ei phenderfyniadau ac i wireddu ei haddewid i barhau â chodiadau termau-real flwyddyn ar ôl blwyddyn;
- *rhwng cleifion a'r proffesiynolion* sy'n eu gwasanaethu er mwyn sicrhau bod eu cyfrifoldeb personol dros iechyd yn cyd-fynd â dyletswyddau gofal y proffesiynolion a bod y ddau grwp yn rhannu ymrwymiad cyffredin i ddatblygiadau yn yr NHS;

- *rhwng yr NHS a'i gyrff partner*, boed yn asiantaethau cyhoeddus a gwirfoddol neu yn y sector preifat, er mwyn sicrhau'r fantais fwyaf o'r adnoddau sydd ar gael a'r cydgysylltu mwyaf posibl ar weithgareddau sy'n gysylltiedig;
- *rhwng gyrff yr NHS* eu hunain i hybu'r integreiddio mwyaf posibl ar wasanaethau ac i feithrin cydweithrediad.

Canolbwyntio ar Gleifion

1.16 Bydd yr NHS newydd yn dechrau o'r claf yn ei gartref neu ei chartref a chymuned, gan ddarparu:

- gwybodaeth i helpu'r unigolyn i fyw bywyd iachach ac ymateb yn briodol i fân anhwylderau;
- mynediad i rwydwaith o wasanaethau gofal sylfaenol a chymunedol ar gyfer y mwyafrif o anghenion. Ar gyfer y gwasanaethau arbenigol nad oes modd eu darparu'n lleol, bydd proffesiynolion gofal iechyd sylfaenol a chymunedol yn gweithredu fel sianel i atgyfeirio cleifion at y gwasanaethau priodol;
- rhaglenni integredig a hyblyg o ofal, sy'n rhychwantu cyrff ac yn annog meddygon, nyrsys, fferyllwyr, bydwagedd, deintyddion, optegwyr, therapyddion, adrannau gwasanaethau cymdeithasol ac eraill i gydweithio;
- gwasanaethau ysbyty cyffredinol, gan gynnwys gofal brys a gofal arall a gwasanaethau diagnostig;
- gwasanaethau arbenigwyr, lle gall gofal o ansawdd gael ei ddarparu orau o nifer fach o ganolfannau arbenigol.

1.17 Rhaid i'r canolbwyntio hwn ar y claf a rhaglenni gofal integredig, rhaglenni unigol a rhaglenni a seilir ar y boblogaeth siapio'r NHS at y dyfodol a bwydo'r ffyrdd y mae'r gwasanaeth yn cael ei reoli.

Gofal drwy Berfformiad

1.18 Bydd sefydlu'r NHS newydd yn gofyn am y lefel uchaf o berfformiad. Bydd y Llywodraeth yn glir ynghylch yr hyn y mae'n rhaid i'r NHS ei gyflwyno. Bydd yn sefydlu systemau a strwythurau newydd i gynnal ac i ysgogi pawb yn yr NHS ac i roi iddynt yr hyblygrwydd i ddod o hyd i ffyrdd lleol ymlaen; ac fe fydd yn sicrhau bod y cyfranogwyr yn atebol am ba mor dda y maent yn perfformio. Mae'r Llywodraeth wedi ymrwymo i godi'r gwariant ar yr NHS mewn termau real bob blwyddyn a buddsoddi'r arian mewn gofal cleifion. Yn ei thro, bydd yn disgwyl yr ymdrech fwyaf posibl ar bob lefel i ddefnyddio'r adnoddau i fynd i'r afael â'r agenda newydd. Caiff perfformiad da ei gydnabod a'i wobrwyo; caiff diffygion eu cydnabod a'u datrys.

1.19 Er mwyn sicrhau bod safonau perfformiad yn cymharu â'r goreuon, bydd yr Ysgrifennydd Gwladol:

- yn mesur cynnydd yn erbyn y gwerthoedd a nodir ym mharagraff 2.3;
- yn pennu amcanion clir ar gyfer NHS Cymru, gan gynnwys Fframweithiau Gwasanaeth Cenedlaethol ar gyfer clefydau a rhaglenni gofal pwysig (er enghraifft, sytolog ceg y groth);
- yn hybu'r arferion gorau drwy ddatblygu mesurau perfformiad a diwylliant o feincnodi;
- yn sicrhau bod rhaglenni gwaith y Comisiwn Gwella Iechyd newydd a'r Sefydliad Cenedlaethol Rhagoriaeth Glinigol yn mynd i'r afael ag anghenion NHS Cymru;
- yn datblygu dangosyddion perfformiad newydd i fesur cynnydd yn erbyn yr amcanion allweddol;
- yn cyhoeddi data cymaradwy ar berfformiad, gan gynnwys rhestr genedlaethol newydd o gostau cyfeirio;
- yn cyflwyno trefniadau newydd ar gyfer llywodraeth glinigol mewn ymddiriedolaethau a gofal sylfaenol;
- yn darparu sancsiynau clir pan fydd perfformiad ac effeithlonrwydd yn methu â chyrraedd y disgwyliadau.

Bydd yr awdurdodau iechyd yn monitro perfformiad ymddiriedolaethau NHS er mwyn sicrhau bod yr amcanion yn cael eu cyrraedd. Y Swyddfa Gymreig, ac yna'r Cynulliad, fydd yn monitro perfformiad yr awdurdodau iechyd.

1.20 Ni all yr NHS ar ei ben ei hun sicrhau gwelliannau gwirioneddol mewn iechyd. Rhaid iddo weithio mewn partneriaeth â'r cyhoedd a'r unigolyn - gall meddygon gynnig cyngor ar ffyrdd iachach o fyw, ond ni allant orfodi eu cleifion i roi'r gorau i ysmegu, i ymarfer mwy neu i yfed yn fwy synhwyrol. Mae'r pwysau sydd ar yr NHS yn cael eu cynyddu gan y nifer fawr o bobl nad ydynt yn cymryd cyfrifoldeb personol dros eu hiechyd eu hunain neu dros drin mân anhwylderau, ac sy'n parhau i wneud galwadau diangen ar y gwasanaeth. Cyfrifoldeb pob unigolyn yw sicrhau, pan fyddant yn galw eu meddyg allan neu'n mynd i'r uned ddamweiniau leol, na fyddant yn gwneud hynny ond o dan amgylchiadau o angen gwirioneddol. Pan gânt eu galw am driniaeth, mae gan gleifion gyfrifoldeb i fod yn bresennol neu i ddweud wrth yr ysbyty mewn da bryd na allant fod yn bresennol.

Rolau a Chyfrifoldebau

1.21 Mae'r Ysgrifennydd Gwladol wedi holi barn NHS Cymru ar wendidau yn y trefniadau presennol, ar gryfderau i'w cadw a'u gwella, ac ar fesurau newydd y mae eu hangen i gyflwyno'i agenda fwy cynhwysol a blaengar. Ceir cytundeb ar yr angen i gyfyngu ar aflonyddwch yn sgil ailwampio'r drefn, i atgyfnerthu'r rôl gomisiynu strategol o fewn fframwaith ehangach o

iechyd ac i hwyluso cysylltiadau cryfach rhwng gwasanaethau clinigol a gwasanaethau cymunedol ar bob lefel. Mae'r model a gynigir yn y Papur Gwyn hwn yn cydnabod ac yn ymateb i'r dyheadau hyn. Mae'n cynnig fframwaith sy'n adeiladu ar gryfderau unigryw pob cyfranogydd, sy'n cynnig eglurdeb ynglyn â'u priodolau, yn hybu hyblygrwydd a gweithio cydweithredol ar draws ffiniau ac yn canolbwyntio ar anghenion cleifion.

1.22 Bydd NHS newydd Cymru yn cynnwys y canlynol:

- **Awdurdodau Iechyd**, a gaiff ddyletswyddau newydd o bartneriaeth ac i wella iechyd eu trigolion, tra'n cadw eu cyfrifoldebau presennol dros ddiogelu iechyd y cyhoedd, asesu anghenion iechyd, cynllunio strategol a rheoli perfformiad, a pherthnasoedd â Grwpiau Iechyd Lleol a fydd newydd eu creu;
- **Ymddiriedolaethau NHS**, a gaiff gyfrifoldebau newydd dros weithgarwch cydweithredol ag awdurdodau iechyd, Grwpiau Iechyd Lleol, awdurdodau lleol ac eraill, a thros welliannau yn ansawdd gwasanaethau a pherthnasoedd â chleifion a'r cyhoedd;
- **Grwpiau Iechyd Lleol**, a seilir yn bennaf ar ardaloedd yr awdurdodau lleol i ganiatáu comisiynu gwasanaethau lleol yn fwy effeithiol, i hybu cydweithrediad rhwng asiantaethau, i roi dylanwad gwirioneddol i ymarferwyr gofal sylfaenol ynglyn â gwasanaethau ac adnoddau, ac i hwyluso darpariaeth gynyddol ystod ehangach o wasanaethau lleol. Hwylfydd yn penderfynu pa wasanaethau y mae eu hangen yn lleol a byddant yn adlewyrchu blaenoriaethau'r bobl a wasanaethant yn y gwasanaethau a gomisiynir ar eu rhan.

1.23 Bydd angen sicrhau adnoddau ar gyfer y trefniadau newydd hyn mewn modd sy'n deg ac sy'n darparu atebolrwydd priodol ar gyfer arian cyhoeddus. Bydd yr Ysgrifennydd Gwladol yn parhau i wneud dyraniadau dewisol i'r awdurdodau iechyd ar sail fformwla lwfans-y-pen wedi'i phwysoli. Bydd yr awdurdodau lleol yn cael cadw arian, yn ychwanegol at ba symiau bynnag y mae arnynt eu hangen i gomisiynu gwasanaethau ar lefel yr awdurdod iechyd, at ddibenion a nodir yn nes ymlaen yn y Papur Gwyn hwn.

1.24 Er hynny, bydd y rhan helaethaf o'r dyraniad yn cael ei dirprwyo i Grwpiau Iechyd Lleol. Mae'r Llywodraeth yn disgwyl y gwneir hyn fel rheol ar sail yr un fformwla, er y bydd ar yr awdurdod iechyd angen disgresiwn i addasu dyraniadau i wella cydraddoldeb gwasanaethau a mynediad i wasanaethau lle teimlir bod hynny'n briodol. Ar y dechrau, gwneir hyn ar sail ddangosol, i roi cyllideb i'r Grwpiau Iechyd Lleol a therfyn arian parod i weithio o'i fewn.

1.25 Dros amser, wrth i'r Grwpiau Iechyd Lleol ennill profiad, caiff ystod eu pwerau i wneud penderfyniadau ei chynyddu a bydd eu cyllidebau'n symud o fod yn ddangosol i fod yn wirioneddol - mewn geiriau eraill, caiff yr arian ei hun ei ddirprwyo a daw'r Grwpiau Iechyd Lleol yn uniongyrchol gyfrifol am weinyddu eu cyllidebau.

1.26 Maes o law, bydd y Grwpiau Iechyd Lleol yn estyn cyllidebau dangosol i bractisau unigol ar gyfer yr ystod lawn o wasanaethau. O fewn y cyllidebau hyn, bydd gan bractisau ddisgresiwn a hyblygrwydd i wneud penderfyniadau clinigol priodol. Disgwylir i'r Grwpiau Iechyd Lleol ddatblygu trefniadau cymhelliant ar lefel y practis i'w cymeradwyo gan yr awdurdodau iechyd os dyna fydd yn hybu'r defnydd gorau ar adnoddau. Defnyddir tystiolaeth o arferion da a drwg o'r arbrofion comisiynu ardal sy'n cael eu sefydlu ar hyn o bryd yng Nghymru a Lloegr i fireinio'r trefniadau hyn dros amser.

Cynulliad Cenedlaethol i Gymru

1.27 Mae'r amgylchedd y bydd y newidiadau a gynigir yn y Papur Gwyn hwn yn cael eu gweithredu ynddo wedi'i drawsnewid gan benderfyniad pobl Cymru i sefydlu Cynulliad Cenedlaethol ar gyfer Cymru. O 1999 ymlaen, bydd y Cynulliad yn ysgwyddo'r cyfrifoldeb dros y swyddogaethau iechyd sy'n cael eu hymarfer ar hyn o bryd gan yr Ysgrifennydd Gwladol. Bydd yn dileu'r diffyg democrataidd sydd wedi niweidio gweinyddiad polisi cyhoeddus yng Nghymru gyhyd ac yn goruchwyllo datblygiad a chyflwyniad polisiâu a fydd yn gwneud gwahaniaeth gwirioneddol i ansawdd bywyd yng Nghymru ac i les a gofal ei phobl. Bydd gan y Cynulliad ryddid i wneud y canlynol:

- llunio polisiâu strategol ar gyfer iechyd a gwasanaethau iechyd a dyrannu adnoddau yn unol â hwy;
- cyflunio NHS Cymru mewn ffyrdd sy'n cyd-fynd â'i agenda ehangach ar gyfer iechyd, a hwyluso ymagwedd gydweithredol at ddarparu gofal iechyd a yrrir gan berfformiad;
- sicrhau bod cyrff yr NHS yn ymatebol am eu perfformiad;
- hybu darpariaeth gwasanaethau penodol neu gymryd camau yn uniongyrchol i gefnogi blaenoriaethau penodol ar lefel Cymru-gyfan.

1.28 Mae datganoli yn cynnig cyfle i adeiladu ar gryfderau penodol NHS Cymru a'i waith gydag eraill. Bydd y cynigion yn y Papur Gwyn hwn yn mynd i'r afael ag anghydraddoldebau'r degawd diwethaf, yn manteisio ar ddatblygiadau proffesiynol a thechnolegol, yn cynnig gwell gwerth i'r trethdalwr ac yn dychwelyd NHS Cymru i'w wreiddiau fel gwasanaeth Cymreig penodol sy'n edrych tuag allan ac sy'n ymatebol i anghenion a sylwadau ei bobl. Yn anad dim, bydd yn rhoi cleifion yn gyntaf.

CRYNODEB

Bydd yn ofynnol i'r NHS wneud y canlynol:

- lleihau amrywiadau iechyd ar draws Cymru a mynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd;
- adeiladu gwasanaethau o amgylch rhaglenni integredig, hyblyg o ofal i gleifion;
- datblygu ffyrdd newydd o gydweithio;
- gwella effeithlonrwydd;
- gwneud y defnydd gorau o'r cyfleoedd a gynigir gan dechnoleg fodern; a
- rhoi blaenoriaeth i hyfforddi a datblygu'r staff ar bob lefel.

Bydd creu'r Cynulliad Cymreig yn cynnig dull democrataidd o oruchwyllo NHS Cymru. Bydd yn etifeddu'r tair thema strategol sydd wedi bod yn sail i ddatblygiad NHS Cymru dros y degawd diwethaf - sef canolbwyntio ar gynnydd mewn iechyd, canolbwyntio ar bobl a bod yn effeithiol o ran adnoddau. Caiff y themâu hyn eu cyfnerthu gan yr ymdrech i gynnwys y gymdeithas gyfan mewn ymdrechion i wella iechyd ac eir ar eu trywydd drwy gyfrwng rhaglenni o weithgarwch ar bob lefel sy'n mesur cynnydd yn erbyn meini prawf allweddol - tegwch, effeithiolrwydd, effeithlonrwydd, ymatebolrwydd, integreiddio, atebolrwydd a hyblygrwydd.

Bydd yr NHS Cymru newydd yn cynnwys Awdurdodau Iechyd, ymddiriedolaethau NHS a Grwpiau Iechyd Lleol. Caiff pob un gyfrifoldebau a phwerau newydd i wella gwasanaethau i'w cleifion.

sylwadau

2 ARWEINYDDIAETH GENEDLAETHOL I'R NHS - CYNULLIAD CENEDLAETHOL CYMRU

Bydd Cynulliad Cenedlaethol Cymru yn rhoi i Gymru ei llais penodol, democrataidd ei hun. Bydd y Cynulliad yn goruchwyllo NHS Cymru, gan sicrhau y bydd yn gweithio mewn partneriaeth ag eraill i gyflwyno gwir welliannau mewn iechyd a gofal o ansawdd uchel i bobl Cymru. Drwy'r Cynulliad, trefnir bod NHS Cymru yn fwy atebol ac ymatebol nag erioed i'r bobl y mae'n eu gwasanaethu.

Y Cynulliad Cenedlaethol: Siapio ac Arwain

2.1 Mae Mesur Llywodraeth Cymru gerbron y Senedd ar hyn o bryd. Yn dibynnu ar gymeradwyaeth y Senedd, bydd sefydlu Cynulliad Cenedlaethol Cymru ym 1999 yn gweddnewid bywyd cyhoeddus yng Nghymru ac yn cyflwyno am y tro cyntaf reolaeth ddemocrataidd ar reolaeth a pherfformiad yr NHS a'r cyrff sy'n bartneriaid iddo. Yn y Papur Gwyn *Llais dros Gymru* amlinellwyd swyddogaethau iechyd arfaethedig y Cynulliad:

- monitro iechyd poblogaeth Cymru ac ymateb gyda pholisïau i hybu iechyd a mynd i'r afael ag afiechyd;
- penderfynu ar raddfa'r adnoddau ariannol ar gyfer iechyd o fewn ei gyllideb gyffredinol;
- nodi a hybu arferion da yn y gwasanaethau iechyd a chadw cyrff NHS yng Nghymru yn atebol am eu perfformiad;
- ceisio barn cleifion, staff a gofalcwyr ar ansawdd gwasanaethau'r NHS a gweithredu yn unol â'r farn honno;
- sicrhau bod gan yr NHS yng Nghymru weithlu o staff sydd wedi'u hyfforddi'n dda.

2.2 Bydd y Cynulliad yn cael gosod nodau i NHS Cymru a fydd yn adlewyrchu ymrwymiad i wella iechyd y boblogaeth a darparu gofal sydd mor lleol â phosibl. Mae'r nodau hyn wedi'u gosod o fewn y tair thema strategol - canolbwyntio ar gynnydd mewn iechyd, canolbwyntio ar bobl, bod yn effeithiol o ran adnoddau - sydd wedi bod yn sail i waith datblygu a rheoli NHS Cymru ac sy'n parhau i ddarparu fframwaith gwerthfawr ar gyfer cynllunio a gweithredu.

2.3 Yn eu tro, eir ar drywydd y themâu hyn drwy raglenni gweithgarwch sy'n adlewyrchu'r gwerthoedd a nodir isod. O fewn polisi'r Llywodraeth, bydd y Cynulliad yn cael sicrhau bod pob rhan o'r NHS yn cael ei thargedu ar y gwerthoedd hyn, a'u bod yn cyfrannu'n briodol atynt:

- tegwch - dylai pob claf gael mynediad i driniaeth a gwasanaethau yn unol â'u hanghenion clinigol;
- effeithiolrwydd - dylid trin cleifion ar sail y dystiolaeth wyddonol a'r arferion clinigol diweddaraf;
- effeithlonrwydd - dylai'r NHS ddefnyddio'i holl adnoddau, gan gynnwys asedau cyfalaf a staff, i sicrhau'r gwerth gorau am arian;
- ymatebolrwydd - dylid cynllunio gwasanaethau o amgylch y claf fel bod yr NHS yn cyflwyno'r ansawdd o driniaeth a gofal y mae ar y cleifion a'r gofalcwyr eu hangen, yn y ffordd y maent yn ei dymuno, ac yn gwneud hynny'n gyson â'r gwerthoedd eraill;
- integreiddio - bod cyrff y tu mewn a'r tu allan i'r NHS yn cydweithio i gyflwyno pecynnau gofal integredig, a fydd wedi'u teilwra at anghenion y claf unigol;
- atebolrwydd - rhaid gwneud yr NHS yn atebol i'r bobl y mae'n eu gwasanaethu;
- hyblygrwydd - rhaid i systemau rheoli fod yn ddigon hyblyg i ymateb i amgylchiadau ac anghenion lleol tra'n caniatáu hefyd i'r NHS gyflwyno gwelliannau iechyd ar gyfer y boblogaeth ehangach.

Y Cynulliad Cenedlaethol: Hybu Cydweithredu

2.4 Amcan tra phwysig i'r Cynulliad fydd ailgynnau egwyddorion cydweithrediad a phartneriaeth trwy'r NHS newydd i gyd:

- yn genedlaethol, drwy gytundebau rhwng y proffesiynau, y cyhoedd a chyrff yr NHS ar ymagweddau a safonau newydd;
- yn lleol, drwy ddyletswyddau partneriaeth newydd rhwng cyrff yr NHS, y cyhoedd, llywodraeth leol ac asiantaethau gwirfoddol a thrwy raglenni cydweithredu newydd;
- o fewn cymunedau, gyda chyd-ymrwymiaid cleifion, proffesiynau gofal sylfaenol, gwasanaethau cymunedol a chymdeithasol a chyrff gwirfoddol;
- drwy fecanweithiau, gan gynnwys Arolwg Iechyd Cymru a'r Arolwg Cenedlaethol o Ddefnyddwyr a Siarter NHS ddiwygiedig, sy'n nodi anghenion a blaenoriaethau ac yn cydbwysu disgwyliadau dilys cleifion â chyfrifoldebau'r dinesydd;
- drwy raglenni datblygu staff i sicrhau ymagwedd gyson ledled Cymru.

2.5 Dros y deunaw mis nesaf gwneir paratodau i sicrhau bod y Cynulliad yn gallu ysgwyddo'i gyfrifoldebau dros iechyd a gwasanaethau iechyd. Bydd hyn yn gofyn am ddatblygiadau gwybodaeth, trefniant, a pholisi. Er hynny, ni all adfywiad a diwygiad yn NHS Cymru aros nes i'r Cynulliad fod yn hollol weithredol. Ar ôl cymryd yr awenau, bydd y Cynulliad yn gallu adolygu'r paratodau a fydd wedi'u gwneud a'r cynnydd o ran ail-lunio NHS Cymru a'u cadarnhau neu eu haddasu ymhellach. Mae'r adran hon yn disgrifio'r gwaith y mae angen ei wneud i baratoi'r tir ar gyfer y Cynulliad.

Cyrff a Pherthnasoedd

2.6 Mae yna berthnasoedd sydd wedi hen ennill eu plwyf rhwng y Swyddfa Gymreig ac adrannau iechyd eraill y DU a rhwng cyrff proffesiynol Cymru a'u cyrff cyfatebol yn y gwledydd eraill. Mae'r Llywodraeth yn bwriadu i'r rhain barhau o fewn y sefydliadau newydd a ddaw yn sgil datganoli ac y dylai swyddogaethau'r Cynulliad o safbwynt llunio polisiau a rheoli perfformiad gael eu hatgyfnerthu. Caiff hynny ei hwyluso drwy amsugno Awdurdod Hybu Iechyd Cymru a rhai agweddau ar Awdurdod Gwasanaethau Cyffredin Iechyd Cymru i mewn i'r Cynulliad.

2.7 I baratoi ar gyfer hynny, bydd y Swyddfa Gymreig yn archwilio sut y dylid trefnu ei Hadran Iechyd, ei Grwp Proffesiynolion Iechyd a'i Hadran Nyrsio bresennol, ynghyd ag HPAW a rhannau o WHCSA, yn y dyfodol a sut y gellid integreiddio eu harferion gweithio yn well. Bydd yr agenda newydd a'i goblygiadau ar gyfer ymatebolrwydd trefniadaethol hefyd yn gofyn am gydweithio agosach rhwng y Cynulliad a staff yr NHS ac am raglenni hyfforddi a datblygu newydd i wella cydweithrediad a dealltwriaeth rhwng y cyrff. Bydd y Swyddfa Gymreig yn cydweithio ag NHS Cymru i sicrhau bod y rhaglenni hyn yn cael eu datblygu.

2.8 Bydd y Cynulliad yn cael pennu amcanion a safonau clir i NHS Cymru gan gynnwys, yn ôl yr angen, Fframweithiau Gwasanaethau Cenedlaethol ynglyn â'r prif afiechydon, a'r rheiny wedi'u cysylltu â blaenoriaethau'r Llywodraeth ar gyfer gwell iechyd. Caiff y rhain eu datblygu mewn cydweithrediad ag adrannau iechyd eraill y DU. Yn benodol, bydd y Cynulliad yn arwain gwaith datblygu gwybodaeth gymaradwy am berfformiad a meincnodi yn yr NHS, a fydd, ymhen amser, yn cynnwys rhestr genedlaethol o gostau i gefnogi'r ymdrech o blaid gwell effeithlonrwydd ac effeithiolrwydd.

Rheoli Perfformiad

2.9 Craidd y trefniadau newydd fydd effeithlonrwydd wrth ddarparu'r gwasanaethau a'u rhedeg. Mae thema effeithlonrwydd yr un mor gymwys i arferion clinigol ag i berfformiad rheoli. Mae cynnydd sylweddol eisoes wedi'i wneud:

- arbedion effeithlonrwydd: yn y pum mlynedd diwethaf, mae'r NHS yng Nghymru wedi sicrhau arbedion effeithlonrwydd o dros £350 miliwn;
- mae strategaeth a rhaglen gynhwysfawr ynglyn ag effeithiolrwydd clinigol wedi'u sefydlu yng Nghymru dros y ddwy flynedd diwethaf;
- yn sgil ymgynghori, cyhoeddir penderfyniad ar gyflunio'r ymddiriedolaethau NHS ledled Cymru ym mis Hydref 1998, gan sefydlu patrwm newydd ar gyfer rheolaeth gwasanaethau ysbytai a gwasanaethau iechyd cymunedol o Ebrill 1999 ymlaen;
- mae costau cymaradwy ymddiriedolaethau wedi'u cyhoeddi ar gyfer y ddwy flynedd diwethaf.

2.10 Ond mae angen mwy os bwriedir i'r athroniaeth ymwreiddio'r un mor ddwfn yn niwylliant rheolwyr pob un o gyrff yr NHS. Mae gan fesurau perfformiad a meincnodi ran bwysig i'w chwarae o ran datgelu perfformwyr gwael a nodi cynnydd, gwella atebolrwydd cyhoeddus, darparu sail ar gyfer gosod targedau a hybu'r arferion gorau. Gyda hyn mewn golwg, bydd y Swyddfa Gymreig yn cydweithio â'r Adran Iechyd i sefydlu Sefydliad Cenedlaethol newydd ar gyfer Rhagoriaeth Glinigol a Chomisiwn Gwella Iechyd. Esbonnir y rhain mewn mwy o fanylder ym Mhennod 3. Bydd disgwyl i strwythur a gweithrediad y cyrff hyn adlewyrchu anghenion ac amgylchiadau Cymru a dwyn perthynas â chyrff presennol yr NHS. Bydd y Swyddfa hefyd yn arwain rhaglen feincnodi ar gyfer gwelliant a fydd wedi'i llywio gan wybodaeth. Caiff y Ganolfan Cyfeirio Meincnodau bresennol - sydd ar hyn o bryd yn uned fesur perfformiad o fewn Awdurdod Gwasanaethau Cyffredin Iechyd Cymru - ei diwygio'n sylweddol o fewn yr Adran Iechyd i gynnal y broses hon.

Gwybodaeth ar gyfer Perfformiad

2.11 I gyflawni eu cyfrifoldebau, bydd angen i'r Cynulliad gael mynediad i wybodaeth brydlon o ansawdd dda. Yn bennaf, bydd angen i'r wybodaeth hon gynnwys statws iechyd poblogaeth Cymru a pherfformiad, gan gynnwys perfformiad cymaradwy, a gwariant cyrff yr NHS.

2.12 Bydd angen adolygu'r systemau gwybodaeth a dod â hwy ynghyd fel system wybodaeth 'Iechyd Cymru' i fodloni'r gofynion hyn. Mae adolygiad eisoes ar y gweill; bydd angen newidiadau pellach wrth i swyddogaeth y Cynulliad ddatblygu. Mae angen gweithredu ar unwaith mewn sawl maes:

- bydd y Swyddfa'n ymgynghori ag NHS Cymru ar ddatblygu dangosyddion perfformiad newydd wedi'u dylunio i fesur cynnydd yn erbyn y targedau a'r amcanion a nodir yn y Papur Gwyn hwn;
- bydd y Swyddfa'n achub ar y cyfle i symleiddio ac ail-ffocysu gwaith casglu gwybodaeth oddi wrth gyrff NHS Cymru at ddibenion canolog;
- gwneud defnydd llawn ar y dechnoleg newydd i awtomeiddio ffurflenni canolog, gan leihau costau gweinyddu a threfnu bod gwybodaeth bwysig ar gael yn gyflymach;
- mae ansawdd data ymhell o fod yn foddhaol o hyd, ac, fel rhan o'r adolygiad o systemau gwybodaeth, bydd y Swyddfa'n cyflwyno rhaglen waith i wella ansawdd data ar gyfer pob corff yn yr NHS, sef data y mae ffurflenni canolog i raddau helaeth yn sgil-gynnyrch iddo.

Gwasanaethau ar Lefel Cymru Gyfan

2.13 Nid yw'r trefniadau presennol ar gyfer cynllunio gwasanaethau arbenigol a gwasanaethau allweddol newydd wedi gweithio'n dda bob amser. O ganlyniad, nid achubwyd bob amser ar gyfleoedd ac mae rhai gwasanaethau wedi dod ar draws aflonyddwch neu oedi y gellid bod wedi'u hosgoi. Mae pryderon tebyg wedi codi lle mae gwasanaethau'n cael eu rhesymoli. Cychwynnir ar waith i lunio gwell trefniadau, o dan y Cynulliad, ar gyfer cynllunio a rheoli'r gwasanaethau hyn ar draws ffiniau'r awdurdodau iechyd a rhwng ymddiriedolaethau NHS.

2.14 Mae ystyriaethau tebyg yn gymwys i waith goruchwyllo ymchwilio a datblygu yng Nghymru. Mae ymchwilio a datblygu o ansawdd uchel yn hanfodol i'r NHS, a hynny yn genedlaethol ac ar lefel y DU. Mae'r gwasanaethau iechyd yn wynebu lefelau galwadau na welwyd mo'u tebyg o'r blaen; ar yr un pryd mae sylfaen y dystiolaeth i gynnal patrymau presennol y ddarpariaeth yn gyfyngedig ac mae angen cyson i adolygu ac ailwerthuso'r ymagweddau a ddefnyddir mewn iechyd. Mae angen deall y ffactorau sy'n creu'r galw am wasanaethau iechyd a defnyddio ymyriadau effeithiol ac effeithlon i fynd i'r afael ag anghenion y rhai sy'n gofyn am wasanaethau.

2.15 Sefydlwyd Swyddfa Ymchwilio a Datblygu Cymru ym 1995 fel rhan o Goleg Meddygaeth Prifysgol Cymru i fwrw ymlaen â'r strategaeth ymchwilio a datblygu ar gyfer Cymru a chynrychioli buddiannau ymchwilio a datblygu Cymreig yn y DU. Ei phrif rôl yw datblygu diwylliant sy'n seiliedig ar dystiolaeth drwy hybu ymchwil o ansawdd uchel mewn gofal iechyd a gofal cymdeithasol.

2.16 Ers ei chreu, mae'r Swyddfa Ymchwilio a Datblygu wedi sefydlu gwaelodlin bresennol ymchwil iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru, wedi sefydlu trefniadau ar gyfer gwerthuso ceisiadau am ymchwil newydd ac wedi dechrau'r broses o ddosbarthu grantiau newydd. Ochr yn ochr â hyn, mae'r Swyddfa Gymreig, mewn cydweithrediad â'r Swyddfa Ymchwilio a Datblygu, wedi cychwyn adolygiad o'r trefniadau rheoli, yn enwedig rôl a statws y Fforwm Ymchwilio a Datblygu a sefydlwyd i roi fforwm ehangach i'r gymuned ymchwilio a datblygu o fewn Cymru. Bydd angen i ganlyniad yr adolygiad hwn fwydo penderfyniadau am ei rheolaeth a'i statws yn y dyfodol, gan gymryd i ystyriaeth unrhyw strwythurau newydd a allai gael eu sefydlu o fewn y Cynulliad neu NHS Cymru. Beth bynnag fo'i rheolaeth a'i statws yn y dyfodol, bydd yn bwysig i'w rhaglenni adlewyrchu amcanion a blaenoriaethau newydd y Llywodraeth ar gyfer iechyd y boblogaeth, eu lles a'u gofal. Gyda hyn mewn golwg, mae'r Ysgrifennydd Gwladol wedi gwahodd y Swyddfa Ymchwilio a Datblygu i gynhyrchu fframwaith strategol newydd ar gyfer ymchwilio a datblygu yng Nghymru er mwyn cael ymgynghori arno yn ystod 1998.

2.17 Agwedd bwysig ar ddulliau'r Llywodraeth yw hybu ffyrdd iach o fyw a hybu amgylchiadau iachach. Eir ar drywydd rhywfaint o hyn drwy bolisiau sy'n hybu iechyd yn ogystal â mynd i'r afael â salwch, sy'n gweithredu ar draws asiantaethau o fewn fframwaith amser hirach ac sy'n gwneud cynnydd drwy gydweithredu'n lleol. Bydd yr un mor bwysig sefydlu strwythurau trefniadaethol yng Nghymru a fydd yn y sefyllfa orau i ymateb i'r agenda hon a gwneud cyfraniad sy'n ychwanegu gwerth heb ddyblygu. Mae'r Ysgrifennydd Gwladol felly wedi gwahodd Awdurdod Hybu Iechyd Cymru, cyn iddo gael ei amsugno i'r Cynulliad, i adolygu'r trefniadau presennol ar gyfer hybu iechyd yng Nghymru o fewn y strwythurau arfaethedig sydd wedi'u hamlinellu yn y Papur Gwyn hwn a chyflwyno argymhellion i'w gwella. Trafodir yr adroddiad hwn hefyd gyda chyrrff yr NHS a llywodraeth leol ym 1998.

Cynllunio at y Dyfodol

2.18 Er mwyn bod yn barod am y newidiadau a nodir yn y Papur Gwyn hwn, mae'r Swyddfa wedi adolygu'r fframwaith presennol o ganllawiau strategol - gan gynnwys y Bwriad a'r Cyfeiriad Strategol, Gofalu am y Dyfodol a'r Cynlluniau Strategol Newydd - a'u perthynas â phennu canllawiau ynghylch cynllunio a blaenoriaethau a'r adolygiad blynyddol o berfformiad. Mae wedi dod i'r casgliad bod angen newid i sefydlu ffocws llawer cliriach ar gyfer gwaith cynllunio strategol yr awdurdodau ac i roi'r broses adolygu ar sail gadarnach a fydd wedi'i chanoli o gwmpas y fframwaith perfformiad sydd wedi'i amlinellu yn y Papur Gwyn hwn.

Yn y pen draw, bydd y canllawiau a'r adolygiad o berfformiad yn ymwneud yn uniongyrchol â Chynllun Corfforaethol yr

NHS. Yn y cyfamser, bydd y Swyddfa yn ailystyried y canllawiau ynghylch cynllunio a blaenoriaethau ac yn ailffocysu'r broses adolygu perfformiad ar y blaenoriaethau sydd wedi'u nodi ym mharagraff 2.3. Mae'n debyg y bydd hyn yn gofyn am gefnu ar rai mecanweithiau, gan gynnwys Cynlluniau'r Awdurdodau Iechyd, sydd eisoes ar y ffordd i gael eu cwblhau ym Mehefin 1998, tra bydd eraill, gan gynnwys cyfraniadau'r Cynlluniau Strategol Newydd, yn cael eu hamsugno i'r mecanweithiau newydd ar gyfer monitro cynllunio a pherfformiad.

Cynllun Corfforaethol Newydd i NHS Cymru

2.19 Nid oes modd i NHS Cymru weithredu'n effeithiol heb fframwaith strategol cadarn, teg a blaengar. Bydd y Cynulliad yn darparu'r fframwaith hwn ar ôl iddo gael ei greu. Yn y cyfamser, cydnabuwyd pwysigrwydd trefniadau cynllunio corfforaethol a strategol clir ar gyfer yr NHS yn Adolygiad Gwasanaethau Cymru Gyfan, a gomisiynwyd ar y cyd gan yr Awdurdodau Iechyd, gyda chefnogaeth y Swyddfa Gymreig, ac sy'n dod i'r casgliad bod angen:

'a clear and rational planning process that facilitates the development of a strategic framework for NHS Wales, which provides health and related targets, linked to practical guidance on what and how strategic change might be delivered, and engages key stakeholders in an on-going dialogue about how best to achieve desired change.'

2.20 Mae'r Ysgrifennydd Gwladol wedi derbyn y casgliad hwn, a nifer o'r argymhellion cysylltiedig, ac mae wedi gwahodd yr NHS i weithio o dan arweiniad y Swyddfa Gymreig i lunio Cynllun Corfforaethol i NHS Cymru a fydd yn rhoi sail ar gyfer gweithgarwch cenedlaethol yn ogystal â ffocws ar gyfer perfformiad yr awdurdodau iechyd a'u darparwyr, ac yn mynd i'r afael â diffygion amlwg yn y systemau gwybodaeth presennol.

2.21 Nododd Adolygiad Gwasanaethau Cymru Gyfan nifer o faterion strategol hefyd sy'n gofyn am archwiliad pellach, a hynny'n rhannol i fwydo cynnwys y Cynllun Corfforaethol arfaethedig. Y Swyddfa Gymreig fydd yn arwain y gwaith hwn hefyd a hynny mewn cydweithrediad â'r NHS. Yn ychwanegol at waith pellach ar ddarparu gwasanaethau arbenigol, eu defnyddio a chostau'r gwasanaethau hynny, mae'r Adolygiad yn cynnig archwiliad o ddarpariaeth a pherfformiad Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol ledled Cymru, perfformiad gwasanaethau cymunedol, gan gynnwys cyfraniad ysbytai cymunedol, a rôl a chyfluniad gwasanaethau tymor-byr. Materion strategol pwysig yw'r rhain a chanddynt y potensial i gael effaith sylweddol ar waith darparu ac ad-drefnu gwasanaethau yn y dyfodol ledled Cymru ac ar gyfer y mecanweithiau y bydd eu hangen i weithredu cynigion. Disgwylir i'r gwaith roi sylw i faterion gweithredu a materion trosiannol, ochr yn ochr â'r ffactorau gwasanaeth a pherfformiad y disgwylir iddynt fwydo'r adolygiad.

Gwneud i'r Cyfan Ddigwydd

2.22 Dim ond os yw'n gwneud y defnydd gorau o'i holl adnoddau y bydd yr NHS yn cyrraedd ei nodau a chyflwyno'r hyn y mae'r cleifion yn ei ddisgwyl ganddo. Nid yw'n ddigon dosbarthu cyllid yn deg i'r NHS; os bydd rhai rhannau o'r NHS yn defnyddio'u hadnoddau yn llai effeithlon na'i gilydd, lefel wasanaeth waeth i'w poblogaethau lleol fydd y canlyniad. Rhaid i bawb yn yr NHS ysgwyddo'r cyfrifoldeb dros stiwardiaeth effeithiol ar yr adnoddau y maent yn eu defnyddio. Bydd y Cynulliad yn cael hybu hyn:

- drwy ddatganoli'r cyfrifoldeb i ymddiriedolaethau NHS a Grwpiau Iechyd Lleol - ac o'u mewn - fel bod gan y rhai sy'n cyflwyno'r gwasanaethau reolaeth effeithiol dros berfformiad a'r pŵer adnoddau lle gellir eu defnyddio'n fwyaf effeithiol; bydd perfformiad awdurdodau iechyd wrth bennu cyllidebau ar gyfer Grwpiau Iechyd Lleol yn cael ei fonitro gan y Cynulliad fel rhan o'r broses o adolygu perfformiad;
- drwy gyfuno cyllidebau ar gyfer gwasanaethau ysbytai a gwasanaethau iechyd cymunedol, presgripsiynau ymarferwyr cyffredinol a staff, eiddo a chyfrifiaduron ymarferwyr cyffredinol, gan greu cyfleoedd newydd i wella cost-effeithiolrwydd o fewn terfyn arian parod cyffredinol;
- drwy ddatblygu a chyhoeddi data cymaradwy, hybu diwylliant meincnodi sy'n herio aneffeithlonrwydd ac yn hybu'r arferion gorau;
- drwy gyhoeddi rhestr Gymreig o gostau'r gwasanaethau i fwydo cytundebau ar wasanaethau lleol;
- drwy gwtogi ar fiwrocratiaeth y gellir ei hosgoi - bydd dileu'r farchnad fewnol yn creu arbedion o hyd at £10 miliwn y flwyddyn y gellir eu hadleoli ar gyfer gofal cleifion; ar yr un pryd yn caniatáu ailffocysu ymdrechion y rheolwyr ar wir bwrpas yr NHS.

CRYNODEB

Bydd Cynulliad Cenedlaethol Cymru yn ysgwyddo'r cyfrifoldeb dros gyfluniad a pherfformiad NHS Cymru ac yn arwain rhaglenni gweithredu penodol.

Bydd y Cynulliad yn meithrin cydweithrediad a phartneriaeth rhwng yr NHS a'r cyrff sy'n bartneriaid iddo.

Cryfheir rolau a strwythurau llunio polisi a rheoli perfformiad y Cynulliad a datblygir mecanweithiau newydd yn gysylltiedig â pherfformiad wedi'u canoli ar y gwerthoedd ym mharagraff 2.3.

Bydd y cyrff cenedlaethol priodol yn ymgymryd ag adolygiadau o swyddogaethau a threfniadaeth hybu iechyd ac ymchwilio a datblygu yng Nghymru at ddibenion ymgynghori ym 1998, a chaiff system wybodaeth Iechyd Cymru ei datblygu.

Caiff Cynllun Corfforaethol newydd ar gyfer NHS Cymru ei ddatblygu.

sylwadau

3 GWELLA GWASANAETHAU I GLEIFION

Nodwyd gwasanaethau o ansawdd uwch i gleifion fel blaenoriaeth i'r NHS yn y manifesto yr etholwyd y Llywodraeth arno. Dylai strategaeth ynglyn ag ansawdd ymateb i anghenion a disgwyliadau cleifion gan fwydo a dylanwadu ar arferion gweithio holl staff yr NHS. Mae angen camau newydd a systemataidd er mwyn codi safonau a sicrhau cysondeb. Mae'r Papur Gwyn hwn yn ceisio sicrhau gwelliant parhaus mewn ansawdd gofal trwy gynnig fframwaith strategol sy'n mynd i'r afael â'r canlynol:

- Safonau Ansawdd Uchel;
- Ansawdd y Cyflwyno;
- Monitro a Gwerthuso Safonau a Chyflwyno.

Diffinio Ansawdd

3.1 Ceisio gwella ansawdd sydd wrth wraidd ymrwymiad y Llywodraeth i wasanaethau gwell i gleifion a rhaid i hyn fod yn gyfrifoldeb a rennir gan bawb yn yr NHS. Rhaid iddo estyn i bob agwedd ar waith yr NHS, gan gynnwys effeithiolrwydd arferion clinigol, cyflawni safonau uwch byth, creu amgylchedd ffisegol a threfniadaethol cydnaws, ac ymatebolrwydd i anghenion defnyddwyr. Er bod ansawdd gofal iechyd wedi'i diffinio fel lefel o berfformiad neu gyflawniad sy'n nodweddu'r gofal iechyd a ddarperir, yn gynyddol defnyddir diffiniadau sy'n gogwyddo mwy at y defnyddwyr ac sydd hefyd yn cydnabod pwysigrwydd anghenion a disgwyliadau pobl. Yn aml bydd cleifion yn profi gwasanaethau mewn modd gwahanoli'r staff NHS sy'n eu darparu. Mae cleifion am gael eu gweld yn gyflym o dan amodau sy'n parchu eu preifatrwydd a'u hurddas a chael gofal gan staff sy'n deall eu hanghenion a'u pryderon fel unigolion.

3.2 Nid rhywbeth newydd yw pryderu am ansawdd gofal. Yn yr un modd â gwasanaethau eraill y sector cyhoeddus, mae gan yr NHS hanes hir o ddiogelu buddiannau cleifion. Mae amrediad eang o fecanweithiau'n bodoli, gan gynnwys achredu addysgol gan gyrff proffesiynol at ddibenion hyfforddi; y gyfres o Ymholiadau Cyfrinachol i faterion holl-bwysig fel Marwolaethau Mamol, Marwolaethau yn ystod Llawdriniaeth, Marw-enedigaethau a Marwolaethau mewn Babandod; archwiliad clinigol; astudiaethau'r Comisiwn Archwilio; Nodau Siarter; systemau achredu trefniadaethol a chyfraniadau Cynghorau Iechyd Cymuned a'r Gwasanaeth Cynghori Iechyd. Ond, er gwaethaf rhai enghreifftiau eithriadol, mae'r gweithgareddau'n parhau'n dameidiog, mae argaeledd yn anghyflawn neu'n fympwyol a chafwyd methiannau difrifol sydd wedi newidio unigolion ac erydu hyder y cyhoedd.

3.3 Lansiodd Menter Effeithiolrwydd Clinigol NHS Cymru, sy'n unigryw yn y DU, ym Mai 1995. Mae'n anelu at adeiladu ar ymrwymiad a brwdfrydedd personol pawb sy'n darparu gofal iechyd a'u helpu i adolygu ac addasu eu harferion lle bynnag y bo'n briodol er mwyn sicrhau gwell canlyniadau i gleifion. Cafwyd llawer o weithgarwch yn ystod y ddwy flynedd diwethaf - ar lefel leol a chenedlaethol. Heddiw mae gan bob ymddiriedolaeth NHS yng Nghymru dimau effeithiolrwydd clinigol ac mae'r projectau arddangos cenedlaethol ar gyfer niwed pwysedd, derbyniadau brys ar gyfer poen yn y frest, sgitsoffrenia, strôc a chlefyd siwgr yn sôn am anawsterau ymarferol sy'n gysylltiedig â gweithredu newidiadau mewn arferion clinigol. Defnyddir yr adborth hwn i dargedu diffygion trwy'r rhaglen waith ar gyfer effeithiolrwydd clinigol yn y dyfodol. Er gwaethaf y cynnydd sydd wedi'i wneud, mae'n dod yn fwyfwy amlwg mai dim ond trwy fabwysiadu a rheoli ymagwedd gynhwysfawr a chydlynus sy'n eiddo i bawb sy'n gweithio yn yr NHS ac sy'n ymatebol i anghenion a disgwyliadau cleifion y gellir gweithredu strategaeth ansawdd lwyddiannus yn effeithiol.

Fframwaith Strategol ar gyfer Ansawdd yn NHS Cymru

3.4 Yn ei araiith i Gynhadledd Sefydliad Rheolwyr y Gwasanaeth Iechyd ym Mehefin, rhoes Ysgrifennydd Gwladol Cymru ymrwymiad i welliant parhaus mewn ansawdd gofal. O'r cychwyn cyntaf, dylid dylunio gwaith i gynllunio a chyflwyno gwasanaethau trwy lygad y claf. I fodloni'r gofyniad hwn, mae'r Swyddfa Gymreig yn cynnig y dylai strategaeth i wella gwasanaethau:

- cynnwys safonau ansawdd uchel sy'n cysylltu'n uniongyrchol ag effeithiolrwydd a'r gallu i sicrhau gwelliannau mewn canlyniadau i gleifion;
- sicrhau ansawdd cyflwyno sy'n sensitif i anghenion cleifion, yn cael ei ddarparu o fewn amgylchedd cydnaws, gan weithlu sydd wedi'i hyfforddi a'i addysgu i'r safonau proffesiynol uchaf;
- monitro a gwerthuso safonau a chyflwyniad, trwy fesur canlyniadau gofal yn erbyn safonau cytûn er mwyn i welliant parhaus ddigwydd.

3.5 Dylai ansawdd fod yn thema sy'n uno'r holl sectorau gofal iechyd a dylai rheolaeth o ansawdd uchel sicrhau bod y cydrannau hyn yn cael eu hystyried ar adegau priodol wrth gynllunio a chyflwyno gwasanaethau iechyd, o'r Rhaglenni Gwella Iechyd holl-bwysig i raglenni triniaeth a lunnir ar gyfer cleifion unigol.

Safonau Ansawdd Uchel

Effeithiolrwydd Clinigol

3.6 Mae angen i gleifion a'r cyhoedd fod yn hyderus bod y gofal a ddarperir gan yr NHS o'r safon uchaf. Rhaid i benderfyniadau ynghylch darparu a chyflwyno gwasanaethau clinigol gael eu gyrru'n fwyfwy gan dystiolaeth o effeithiolrwydd a'u gwerthuso trwy fesur canlyniadau a hynny gyda chymorth mesuriadau priodol o strwythurau a phrosesau.

3.7 Bydd y Swyddfa'n parhau i gefnogi ymchwil sy'n cynhyrchu tystiolaeth newydd lle nad oes dim yn bodoli ac i ddatblygu mecanweithiau sy'n sicrhau bod y dystiolaeth sydd ar gael yn cael ei defnyddio'n effeithiol. Mae cyllid canolog wedi cefnogi Project NICE (Gwybodaeth Newydd ar gyfer Effeithiolrwydd Clinigol) sy'n defnyddio Mewnwrwyd NHS Cymru fel cyfrwng ar gyfer gwella mynediad i ffynonellau o wybodaeth ymchwil. Caiff hyn ei ymestyn ym 1998 i 200 o dimau gofal iechyd ledled Cymru.

3.8 Bydd y Swyddfa Gymreig yn adeiladu ar waith ei menter effeithiolrwydd clinigol sydd ag amcan datganedig y bydd pawb sy'n darparu gofal iechyd yn gweithio gyda'i gilydd ac mewn partneriaeth â chleifion i gynyddu'r gyfran o ofal clinigol sydd, yn ôl y dystiolaeth, yn effeithiol. Mae'r Llywodraeth am sicrhau y rhoddir y gorau i arferion aneffeithiol a bod amrywiadau amhriodol yn cael eu targedu. Er mwyn dangos bod tystiolaeth yn cael ei defnyddio, bydd yn ofynnol i'r awdurdodau iechyd fonitro ac esbonio tueddiadau ystadegol am 10 o ymyriadau llawfeddygol sy'n perthyn naill ai i gategori cost uchel neu i gategori niferoedd uchel y ceir tystiolaeth ar eu cyfer i gefnogi newidiadau o ran arferion.

3.9 Mae gwella effeithiolrwydd clinigol wrth graidd yr agenda ynglyn ag ansawdd ac fe fydd yn dal yn un o flaenoriaethau allweddol NHS Cymru. Yn y dyfodol, bydd yn ofynnol i'r awdurdodau iechyd weithio gydag ymddiriedolaethau a Grwpiau Iechyd Lleol a chyhoeddi strategaeth a chynllun gweithredu ar gyfer effeithiolrwydd clinigol i gyflwyno rhaglen dreigl o waith a fydd yn rhan o'r strategaeth leol i wella iechyd ac yn cael ei monitro am gynnydd.

3.10 Mae llawer o waith wedi'i wneud i gynhyrchu canllawiau ar y lefel genedlaethol a'r lefel leol a bydd datblygu, cyhoeddi a chynnal canllawiau'n parhau yn gyfrifoldeb i'r corff proffesiynol priodol. Ond mae angen gwell cynllunio a thargedu wrth gynhyrchu canllawiau a deunyddiau a seilir ar dystiolaeth os bwriedir gwireddu'r potensial llawn. Er mwyn mireinio a chryfhau'r gweithgareddau hyn mae'r Swyddfa Gymreig yn bwriadu gweithio gyda'r proffesiynau drwy fynd yn rhan o'r trefniadau ar gyfer Sefydliad Cenedlaethol newydd ar gyfer Rhagoriaeth Glinigol. Bydd y corff hwn, a arweinir gan broffesiynolion, yn gweithio o dan raglen y cytunir arni gan yr adrannau iechyd ac fe fydd yn cynhyrchu ac yn lledaenu:

- canllawiau clinigol sy'n tynnu ar dystiolaeth berthnasol o effeithiolrwydd clinigol a chost-effeithiolrwydd
- methodolegau archwiliadau clinigol a gwybodaeth am arferion da mewn archwiliad clinigol yn gysylltiedig â'r canllawiau.

Fframweithiau Gwasanaethau Cenedlaethol

3.11 Bydd y Swyddfa Gymreig yn cydweithredu â'r Adrannau Iechyd eraill yn y DU i ddatblygu Fframweithiau Gwasanaethau Cenedlaethol i gyfuno'r dystiolaeth orau sydd ar gael ynghylch effeithiolrwydd â safbwynt y defnyddwyr. Mae ei hymagwedd at ddatblygu gwasanaethau canser yn Adroddiad Calman/Hine ac Adroddiad Cameron yn dynodi'r ffordd ymlaen ar gyfer blaenoriaethau gwasanaethau eraill. Bydd y fframwaith nesaf yn ymwneud â rhaglen sgrinio ceg y groth yng Nghymru. Mae'n hanfodol bwysig bod gan bob menyw a wahoddir i gymryd rhan mewn unrhyw wasanaeth sgrinio hyder yn ei ansawdd uchel sy'n cael ei fonitro'n drylwyr. ***Er mwyn sicrhau bod y gwasanaeth sgrinio ceg y groth yng Nghymru'n gyson ac o'r safon uchaf, cynhyrchir Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol newydd yn ystod 1998.***

3.12 Bydd y canllawiau a gyhoeddir gan y Sefydliad Cenedlaethol newydd ar gyfer Rhagoriaeth Glinigol ynghyd â'r Fframweithiau Gwasanaethau Cenedlaethol yn helpu i sicrhau gwell cysondeb lleol rhwng yr awdurdodau iechyd a Grwpiau Iechyd Lleol wrth gynllunio a darparu gwasanaethau o'r safon uchaf ar gyfer y prif glefydau ac anhwylderau.

Siarter y Claf

3.13 Llwyddiant cymysg fu Siarter y Claf. Mae wedi gwella ymatebolrwydd gwasanaethau allweddol yr NHS i ryw raddau ac mae wedi helpu'r NHS i ddangos mai corff sy'n rhoi'r claf yn gyntaf ydyw. Er hynny, mae'r Siarter a thablau perfformiad yr NHS, a gyhoeddir bob blwyddyn, yn canolbwyntio gormod ar gyflwyno gwasanaethau a dim digon ar y materion sydd o'r

pwys mwyaf i'r cleifion, megis ansawdd a llwyddiant y driniaeth a beth gallant ei wneud drostynt eu hunain. Er bod Siarter y Claf wedi rhoi pwyslais newydd ar sicrhau bod gwybodaeth ar gael ynghylch materion iechyd, ceir bwlch rhwng disgwyliadau'r cyhoedd a'r hyn sy'n digwydd mewn gwirionedd. Cadarnhawyd hyn gan Arolwg Iechyd Cymru a ddarganfu fod pedwar o bob deg o bobl am gael gwell gwybodaeth am eu triniaeth. Er mwyn i gleifion fod yn bartneriaid cyfartal yn eu gofal iechyd dylent gael gwybodaeth glir, gynhwysfawr a phersonol am y peryglon, y manteision a'r dewisiadau triniaeth sydd ar gael ar gyfer eu hanhwylderau. Dylent hwy a'u teuluoedd gael cyfle i lunio'u barn eu hunain o fewn perthynas meddyg-claf gefnogol. Rhaid i ni sicrhau hefyd, lle bo'n briodol, y manteisir yn llawn ar y cyfleoedd a gynigir gan dechnoleg newydd - yn enwedig y Rhyngwrdd - i wella'r ffordd o gael gafael ar wybodaeth. Caiff Siarter newydd ar gyfer NHS Cymru ei datblygu erbyn Gorffennaf 1998 ac mae NHS Cymru a'r cyhoedd yn cael eu holi ynghylch yr hyn y dylid ei gynnwys.

Amserau Aros

3.14 Yn ychwanegol, mae'r Llywodraeth wedi ymrwymo i ymagwedd newydd at amserau aros. Mae pryder y cyhoedd wedi canolbwyntio'n fwyfwy ar yr amser y mae'n rhaid i gleifion aros am driniaeth. Mae Siarter bresennol y Claf yn canolbwyntio ar warantu uchafswm amser aros ar gyfer pob claf. Mae hyn yn adlewyrchu'r broses o gyflwyno gofal iechyd yn yr NHS, yn hytrach na chanlyniadau gofal iechyd. Mae angen ymagwedd graffach at amserau aros bellach - un sy'n cysoni'r galw cynyddol â'r adnoddau sydd ar gael ac sy'n cynnwys mwy o bwyslais ar flaenoriaethu clinigol. Bydd hyn yn darparu mynediad cyflymach i driniaeth i'r rhai y mae arnynt ei angen mwyaf. Aethpwyd ati eisoes i ymgynghori ar ymagwedd newydd yng Nghymru, ochr yn ochr â dau broiect peilot sy'n rhoi prawf ar system sgorio blaenoriaeth mewn rhestrau aros. Disgwylir iddynt gynhyrchu canlyniadau ym 1998.

3.15 *Nid oes angen i hyn ohirio cynnydd. Byddwn yn gwella'r mynediad i wasanaethau arbenigol er mwyn i bawb yr amheuir bod arnynt ganser y fron gael eu gweld gan y tîm perthnasol yn yr ysbyty cyn pen pum diwrnod gwaith ar ôl i gais eu GP iddynt gael eu gweld ar frys ddod i law. Byddwn yn gwarantu hefyd o 1998 ymlaen y caiff yr holl brofion diagnostig y mae eu hangen eu cyflawni mewn un ymweliad ac y caiff y cleifion eu canlyniadau cyn pen pum diwrnod gwaith.*

3.16 *Mae angen i gleifion fod yn siwr yr ymdrinnir â gwahanol bryderon gan dimau arbenigol yn gweithio yn ôl safonau cytûn. Yn ystod 1998 byddwn yn sefydlu grwpiau aml-broffesiwn ar gyfer canser y fron, y coluddyn, yr ysgyfaint, y gwaed a chanser wrolegol. Erbyn 1999 caiff pob math o ganser ei gynnwys o dan drefniadau tebyg.*

Gwell Gwybodaeth ar gyfer Gwell Gofal

3.17 Mae gwybodaeth o ansawdd dda yn hanfodol-bwysig wrth fynd ar drywydd amcanion allweddol y Llywodraeth ar gyfer yr NHS. Rhaid i'r staff allu cofnodi, adfer a rhannu gwybodaeth am gleifion a gwasanaethau i'w galluogi i ofalu am eu cleifion a chynllunio a rheoli gwasanaethau yn effeithiol ac effeithlon. Rhaid i Raglen Cefnogi Rheoli a Thechnoleg Gwybodaeth (IM&T) Cymru sicrhau bod gan yr NHS seilwaith digonol i ganiatáu rhannu gwybodaeth gofal iechyd yn brydlon, yn ddarbodus ac yn ddiogel wrth gyflawni ei amcanion, trwy gyflwyno cydrannau allweddol y rhaglen:

- rhwydwaith telathrebu diogel;
- iaith gyffredin er mwyn priodoli ystyr gyson i eiriau, termau a data;
- safonau corfforaethol ar gyfer ansawdd data (cywir, amserol a chyflawn);
- gwasanaethau gwybodaeth corfforaethol, gan gynnwys datblygu system wybodaeth 'Iechyd Cymru';
- hyfforddi a datblygu gwell defnydd a rheolaeth ar wybodaeth; a
- strategaeth gorfforaethol ar gyfer IM&T.

Cynhwysir y materion hyn yng nghyfnod nesaf gwaith Adolygiad Gwasanaethau'r NHS.

Ansawdd Cyflwyno

Ymatebolrwydd Cleifion

3.18 Rhaid i'r NHS ddarparu gwasanaethau iechyd sydd o ansawdd uchel yn gyson, a'r rheiny ar gael i bawb. Dylid trin cleifion mewn amgylchedd sy'n gydnaws â gwella iechyd a dylai'r driniaeth gael ei darparu gan weithlu sydd wedi'i hyfforddi a'i addysgu i'r safonau uchaf. Yr hyn sydd wrth wraidd y Papur Gwyn hwn yw'r angen i edrych ar gynllunio a chyflwyno gwasanaethau'r NHS o safbwynt y cleifion. Mae hyn yn golygu darganfod dymuniadau'r cleifion, gan lunio gwasanaethau sy'n sensitif i anghenion y cleifion a bodloni eu dymuniadau lle bynnag y bo'n ymarferol. Dylai'r NHS roi'r flaenoriaeth uchaf i edrych ar wasanaethau o safbwynt y claf ac i wneud newidiadau y bwriedir iddynt wella'u profiadau. Mae'r newidiadau sydd eisoes wedi'u gwneud yn cynnwys sefydlu gwasanaethau gwybodaeth a llinellau cymorth ynglyn ag amserau aros a chamau i ddarparu mwy o breifatrwydd ac urddas i gleifion ysbyty - gan gynnwys rhagor o lety un-rhyw. Ond rhaid rhoi mwy a mwy o

sylw i gynnwys cleifion yn fwyfwy yn y penderfyniadau ynghylch eu gofal ac i ddarparu digon o wybodaeth i seilio'r penderfyniadau hynny arnynt. Enwodd adroddiad y Comisiwn Archwilio, *What seems to be the matter?*, a fu'n archwilio cysylltiadau â chleifion mewn ysbytai, dri maes lle y gall newidiadau arwain at welliannau yn ansawdd y cyfathrebu, sef:

- strwythuro gwaith aml-ddisgybl a gwaith tîm;
- datblygu ymwybyddiaeth o safbwynt y claf;
- cau'r bwlch rhwng gwaith clinigol a rheolaeth gyffredinol.

3.19 Bydd y Llywodraeth yn parhau i ymdrechu i sicrhau bod cleifion yn cael gwell gwybodaeth a bydd yn disgwyl i'r awdurdodau iechyd a'r ymddiriedolaethau NHS weithio mewn partneriaeth â chyrff addysg a rheoleiddio, yn asesu anghenion addysg a hyfforddiant parhaus y staff ac, wrth eu diwallu, yn hyrwyddo gwaith tîm aml-broffesiwn, arferion sy'n seiliedig ar dystiolaeth a dysgu gydol eich oes.

3.20 Er mwyn bwydo'r broses hon, caiff arolwg cenedlaethol newydd o brofiadau cleifion a defnyddwyr ei gyflwyno ar lefel yr awdurdodau iechyd o 1998 ymlaen. Ymgynghorir ymhellach ar gynnal, cynnwys a defnyddio'r arolwg yng Nghymru, ond ei ddiben sylfaenol yw darparu tystiolaeth systemataidd o berfformiad yr NHS yn erbyn y meini prawf perthnasol ym mharagraff 2.3, a darparu sail awdurdodol ar gyfer cymharu perfformiad ar draws y genedl ac ymhellach i ffwrdd.

Cwynion

3.21 Mae angen system gwynion effeithlon ac effeithiol. Pan aiff pethau o chwith, mae'n bwysig bod pobl yn gallu cwyno ac yr ymdrinnir â'u pryderon yn gyflym ac yn deg. Daeth gweithdrefnau cwyno newydd i rym ym mis Ebrill 1996. Cânt eu gwerthuso ym 1998 a defnyddir y canlyniadau i weld a oes angen newidiadau ai peidio mewn cysylltiad â chanlyniadau'r ymgynghoriad ar ffyrdd newydd o gynnwys y cyhoedd.

Llywodraeth Glinigol

3.22 Bydd gwaith i sicrhau a hybu safonau proffesiynol priodol yn parhau i gael ei wneud gan y cyrff proffesiynol cyfrifol gyda phwyslais parhaus ar hunan-reolaeth broffesiynol. Bydd y Llywodraeth yn gweithio gyda chyrff proffesiynol a statudol i hybu a gorfodi'r safonau uchaf, ond mae yna ofyniad i ymarferwyr dderbyn y cyfrifoldeb dros ddatblygu a chynnal safonau o fewn eu cyrff NHS lleol. Rhaid i bob ymddiriedolaeth NHS a Grwp Iechyd Lleol fwrw ymlaen â'r cysyniad o lywodraeth glinigol drwy lynu at y gofynion a bennir ym Mhenodau 4 a 6.

Achredu

3.23 Bydd y Swyddfa yn ymchwilio i'r defnydd estynedig o systemau achredu. Mewn rhai ffyrdd, yr agweddau strwythurol ar ofal, ee argaeledd adeiladau addas, offer, y nifer o staff a hyfforddir, yw'r hawsaf i'w mesur ac maent wedi'u defnyddio fel dirprwy at ddibenion asesu ansawdd. Yn y blynyddoedd diwethaf mae'r NHS wedi buddsoddi mewn amrediad o systemau achredu sy'n cynnwys:

- Archwiliad Trefniadaethol Cronfa'r Brenin;
- Achredu Gwasanaethau Iechyd;
- ISO 9000;
- Nod Siarter;
- Buddsoddwyr mewn Pobl.

Ym 1998, bydd yr Uned Gwerth am Arian yn cwblhau gwerthusiad o'r systemau achredu cyfredol ac, mewn ymgynghoriad â'r NHS, yn cyflwyno cynigion ar y ffordd ymlaen ar gyfer NHS Cymru, gan rannu'r arferion gorau wrth gyflawni strategaeth achredu lwyddiannus a chydlynus.

Datblygu'r Drefniadaeth

3.24 Ceir ymwybyddiaeth gynyddol o'r angen am ymagweddau systemau-cyfan at wella ansawdd glinigol ac ansawdd gwasanaethau, ac adlewyrchwyd hynny'n rhannol drwy ddatblygu systemau achredu. Mae systemau o'r fath wedi'u cyfyngu i gyrff sengl. Gyda'r pwyslais cynyddol ar ddilyniant gofal i gleifion, mae gweithio ar draws ffiniau proffesiynol, adrannol a threfniadaethol a datblygu partneriaethau gofal yn dod i'r brig. Rhoddir sylw cynyddol i raglenni gofal, llwybrau gofal a fframweithiau gwasanaeth sy'n canolbwyntio ar y claf a'i daith trwy'r broses gofal iechyd. Cefnogir mecanweithiau o'r fath gan ddatblygiad safonau penodol o ofal a phrotocolau cyflwyno gwasanaethau ee Adroddiad Calman/Hine ar Wasanaethau Canser. Yng Nghymru mae hyn yn cael ei weithredu drwy fabwysiadu'r argymhellion a ddisgrifiwyd yn Adroddiad Cameron.

3.25 Mae'r Llywodraeth yn dymuno hybu datblygiadau o'r fath ond mae'n cydnabod y bydd newid llwyddiannus ar y fath

raddfa yn galw am ddiwylliant newydd o fewn yr NHS yng Nghymru, ei gyrff a phartneriaid gofal mewn cyrff eraill yn y sector cyhoeddus a phreifat. Er mwyn cyflawni newid o'r fath, i wneud cysondeb a dilyniant gofal i bob claf yn norm, bydd angen ymrwymiad cyrff cyfan ar bob lefel i ddatblygu partneriaethau. Bydd angen mynd ati ar y cyd hefyd i ddatblygu systemau gwybodaeth sy'n caniatáu rhannu gwybodaeth gofal cleifion yn ddiogel, yn effeithiol ac yn amserol ar draws ffiniau proffesiynol a threfniadaethol. Rhan allweddol o hyn yw adnabod cleifion unigol mewn ffordd ddibynadwy wrth iddynt symud ar draws y ffiniau hyn. Cyflwynwyd y Rhif NHS newydd y llynedd fel cymorth pwysig wrth adnabod cleifion, ac mae'n hanfodol bod pob un o gyrff yr NHS yn sicrhau y'i defnyddir yn helaeth cyn gynted â phosibl yn eu holl ohebiaeth ynglyn â chleifion ac yn holl gofnodion y cleifion.

3.26 Mae mwy na materion technegol o dan sylw wrth drafod rhannu gwybodaeth am gleifion: mae'n ymwneud hefyd â gwell gwasanaethau. Mae cleifion a'u GPs yn elwa o ymadael â'r ysbyty gyda gwybodaeth gywir ynghylch eu gofal parhaus. *Byddwn yn gwella'r lefelau presennol o wybodaeth; erbyn Mawrth 2001 bydd 60% o wasanaethau ysbytai a gwasanaethau iechyd cymunedol yn gallu darparu gwybodaeth electronig ynghylch y cleifion adeg eu rhyddhau. Erbyn dechrau 2003 bydd y gwasanaeth hwn ar gael ledled y wlad.*

3.27 Mae newid arferion mewn un rhan fach o gorff yn creu sgil-ffeithiau ar systemau trefniadaethol eraill. Mae newid sylfaenol wrth gyflwyno gwasanaethau yn golygu bod angen amser i gyrff adeiladu perthnasoedd newydd, llyfoedd gwybodaeth newydd, dealltwriaeth gyffredin a medrau newydd. Credir bod datblygu cyrff yn hanfodol i ddod ag ymagweddau newydd at ofal a'u gwreiddio'n gadarn o fewn systemau sy'n datblygu. Mae'n ofynnol i gyrff yr NHS archwilio ymagweddau newydd at ofal sy'n gwneud y canlynol:

- yn canolbwyntio ar daith y claf drwy'r broses;
- yn gallu creu dewisiadau sy'n wahanol i'r trefniadau swyddogaethol a threfniadaethol presennol;
- yn agored i gael eu profi a'u dilysu;
- yn gallu datblygu mesurau perfformiad ar sail prosesau.

Monitro a Gwerthuso Safonau a Chyflwyniad

3.28 Mae monitro safonau ansawdd a chyflwyniad yn wendid yn yr NHS fel y mae'n gweithredu ar hyn o bryd a bydd angen ei gryfhau er lles hyder y cyhoedd a'r cleifion. Yn y gorffennol, aseswyd ansawdd trwy amrywiol ddulliau, rhai wedi'u harwain gan broffesiynolion ac eraill gan reolwyr.

Archwiliad Clinigol

3.29 Ymarfer sydd wedi'i arwain yn broffesiynol yw archwiliad clinigol. Mae'n ceisio gwella ansawdd a chanlyniadau gofal cleifion trwy gael clinigwyr i archwilio eu harferion a'u canlyniadau yn erbyn safonau cytûn ac addasu'r arferion pan fo'n briodol. Ar hyn o bryd, mae archwiliad clinigol yn galw am adolygiad gofalus a llafurus o gofnodion clinigol (papur yn bennaf). Bydd disodli papur â chofnodion electronig fel rhan o systemau gwybodaeth glinigol yn caniatáu casglu, adfer a dadansoddi data gofal cleifion yn gyfleus ac yn effeithiol. Dylai cyrff proffesiynol a'r NHS gydweithio i fanteisio i'r eithaf ar botensial archwiliad:

- drwy gydnabod pwysigrwydd barn/profiadau cleifion;
- drwy gydnabod rôl rheolwyr, sydd â chyfrifoldeb dros sicrwydd ansawdd o fewn eu cyrff. Er mai gwaith y staff clinigol yw nodi safonau clinigol i archwilio'u harferion yn eu herbyn, mae gan reolwyr rôl wrth gadarnhau'r safonau hynny er mwyn sicrhau y cânt eu cydnabod fel rhai sy'n briodol i'r corff ac y gallant fod yn sail i drafodaethau gyda chyrff sydd â chyfrifoldeb dros gyrchu gofal iechyd;
- drwy gysylltu â rhaglenni addysg; a
- drwy gynnal archwiliadau rhwng sectorau.

3.30 Er mwyn cyflawni hyn yn y sefydliadau newydd, bydd angen i awdurdodau iechyd, ymddiriedolaethau a Grwpiau Iechyd Lleol gytuno ar raglen dreigl o waith ynglyn â gweithgareddau archwiliad clinigol a monitro'r canlyniadau, a rhaglen dreigl o fuddsoddiadau mewn systemau gwybodaeth glinigol i gefnogi archwiliad clinigol a gofal clinigol.

Ymatebolrwydd Lleol

3.31 Mae angen i wasanaethau a chyrff NHS fod yn ymatebol. Rhaid cymryd camau i ddarganfod dymuniadau cleifion a chymunedau ac ymgynghori â hwy ynghylch newidiadau arfaethedig ym mhattrwm cyflwyno gwasanaethau. Fel cyrff statudol, mae gan Gynghorau Iechyd Cymuned (CIC) ran i'w chwarae wrth ddwyn sylwadau lleol ynghyd. Er hynny mae yna ffyrdd eraill i'r NHS holi barn y cymunedau y mae'n eu gwasanaethu; gall arolygon defnyddwyr, grwpiau ffocws a rheithgorau dinasyddion, ymhlith eraill, fod yn fecanweithiau defnyddiol i fesur ymateb i gynigion penodol a chyfnewid barn yn lleol.

3.32 Mae'r Papur Gwyn hwn yn cynnig cyfle i edrych o'r newydd ar y trefniadau ar gyfer ymglymiad y cyhoedd a swyddogaethau a chyfrifoldebau CIC. Byddai'r status quo syml yn anghyson â'r newidiadau sy'n cael eu cyflwyno mewn mannau eraill ac fe gollid cyfle i ddatblygu dylanwad perthnasoli gleifion a chymunedau yn y sefydliadau newydd.

3.33 Mae'r Gweinidogion yn credu bod rhywfaint o fantais mewn rhoi mecanweithiau i'r cyhoedd sy'n ymwneud yn uniongyrchol â chyfrifoldebau penodol y gwahanol gyrff. Mae'r Papur Gwyn hwn yn ei gwneud yn ofynnol i bob ymddiriedolaeth sefydlu trefniadau newydd ar gyfer cynrychioli cleifion ac i bob Grwp Iechyd Lleol, lle cymerir penderfyniadau yn gynyddol ar y gwasanaethau y mae eu hangen, ddatblygu ffyrdd newydd o gynnwys y cyhoedd.

3.34 Mae'r Ysgrifennydd Gwladol hefyd yn ystyried ffyrdd newydd o hwyluso a datblygiad gwasanaethau a newidiadau lle bo'r rhain yn ymateb i anghenion lleol. Gall y rhain olygu pwerau dirprwyedig i awdurdodau iechyd i gymeradwyo mân newidiadau lleol yn sgil ymgynghori, gyda lleisiau lleol yn cael cyfleoedd cynharach i ddylanwadu ar gynigion wrth iddynt gael eu datblygu a thrwy edrych o'r newydd ar weithredu'r rheoliadau presennol (Rheoliadau Cynghorau Iechyd Cymuned 1996). Yn ogystal, bydd y Swyddfa Gymreig yn cyhoeddi papur ymgynghori ym 1998 i geisio barn ar y dewisiadau eraill sydd ar gael ynglyn â chynnwys y cyhoedd yn y gwaith o gynllunio a goruchwyllo'r gwasanaethau a ddarperir gan yr NHS.

Monitro Perfformiad

3.35 Bydd angen i bob rhan o'r gwasanaeth iechyd efelychu'r goreuon. Wrth ymarfer arweinyddiaeth strategol, dylai'r awdurdodau iechyd sicrhau y caiff adnoddau eu defnyddio mor effeithiol â phosibl. Mae amrywiadau mewn perfformiad wedi bod yn rhy eang yn y farchnad fewnol am nad yw'r cymhellion a'r ysgogiadau wedi adlewyrchu digon ar y cyfrifoldebau a'r amcanion. Ym 1996-97 yn ymddiriedolaethau'r NHS yng Nghymru:

- yr oedd cost llawdriniaeth torgest ar glaf mewnol yn amrywio o £700 i £1,500 rhwng ymddiriedolaethau;
- yr oedd y ganran o weithdrefnau gwythiennau chwyddedig a wnaethpwyd ar sail achos-dydd yn amrywio o 10% i 70% rhwng ymddiriedolaethau; ac
- yr oedd hyd cyffredinol arhosiad am ailosod clun yn amrywio o lai na deng niwrnod i fwy na deunaw diwrnod.

3.36 Er mwyn efelychu'r perfformiad gorau, mae angen i ni ei adnabod. Mae hyn yn galw am wybodaeth berthnasol, wedi'i rhannu'n agored. Mae'n bwysig ein bod yn parhau i weithio tuag at sefydlu iaith a systemau cyffredin er mwyn gwneud cymariaethau ystyrlon. Yn gynnar ym 1998 bydd y Swyddfa'n dechrau astudiaeth beilot o ystod o ddangosyddion clinigol ac wedyn yn gwerthuso eu defnydd.

3.37 Cyfyngedig yw'r defnydd ar feincnodi ym maes ansawdd gwasanaethau. Yn ychwanegol at feincnodi'r mesurau perfformiad ehangach, bydd yn ofynnol i awdurdodau iechyd, Grwpiau Iechyd Lleol ac ymddiriedolaethau archwilio ffyrdd o gymharu ansawdd y gwasanaethau y maent yn eu darparu â'r rhai'r gorau mewn mannau eraill. Nid oes angen cyfyngu hyn i gyrff eraill o fewn yr NHS; gellir dysgu llawer yn aml oddi wrth gyrff mewn meysydd pur wahanol.

Y Comisiwn Gwella Iechyd Newydd

3.38 Pwysigrwydd monitro a gwerthuso gofal iechyd yw bod modd asesu'r manteision, neu'r diffyg manteision, i'r cleifion a chymryd camau priodol. Mae yna ddiffyg eglurdeb yn y mecanweithiau presennol ynghylch cyfrifoldeb ac atebolrwydd dros fynd i'r afael â diffygion a thros sicrhau bod camau adferol yn cael eu cymryd pan ddeuir o hyd i broblemau. Bydd y Swyddfa'n cymryd rhan yn y broses o sefydlu Comisiwn Gwella Iechyd newydd a gwaith y Comisiwn hwnnw. Corff statudol fydd hwn, yn gweithredu ar hyd braich oddi wrth y Llywodraeth. Bydd yn cynnig gwarant annibynnol bod systemau lleol wedi'u sefydlu i fonitro, sicrhau a gwella ansawdd glinigol ac yn cefnogi datblygiad ansawdd yn lleol. Bydd yn cynnal gwiriadau achlysurol ar y trefniadau newydd a bydd ganddo'r gallu hefyd i gynnig cymorth wedi'i dargedu i gyrff lleol sy'n wynebu problemau clinigol penodol, os gofynnir amdano.

3.39 Lle nad yw gweithredu lleol yn gallu datrys problemau difrifol neu barhaus, bydd y Comisiwn yn gallu ymyrryd, drwy wahoddiad oddi wrth gyrff yr NHS neu ar gyfarwyddyd y Cynulliad. Yn yr achosion hyn, byddai'r Comisiwn yn ymchwilio i ffynhonnell y broblem ac yn ei nodi, ac yn gweithio gyda'r corff ar atebion parhaol. Hefyd bydd yn gallu argymhell camau brys eraill i'r Cynulliad. Bydd gan y Cynulliad bwerau (fel yr Ysgrifennydd Gwladol yn awr) i ddiswyddo cadeiryddion ymddiriedolaethau NHS, byrddau a chyfarwyddwyr anweithredol lle ceir tystiolaeth o fethiant systemataidd. Gall y Comisiwn hefyd ymgymryd â rhaglen gytûn o adolygu systemataidd ar wasanaethau, gan fynd ar drywydd gweithrediad y fframweithiau gwasanaethau cenedlaethol a'r canllawiau a ddatblygir gan y Sefydliad Cenedlaethol Rhagoriaeth Glinigol. Bydd gan y Comisiwn aelodaeth a dynnir o'r proffesiynau, yr NHS, cynrychiolwyr y byd academaidd a chleifion. Fe'i hariannir o'r adnoddau sy'n bodoli eisoes.

Bod yn Agored yn yr NHS

3.40 Dylid cael llai o gyfrinachedd yn yr NHS. Mae'r Cod Ymarfer ar Fod yn Agored yn gosod yr egwyddorion sylfaenol sy'n sail i hawl y cyhoedd i gael gwybodaeth am yr NHS yng Nghymru. Mae'n ofynnol yn awr i awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS gynnal eu cyfarfodydd bwrdd yn gyhoeddus. Rhaid i'r NHS fabwysiadu ysbryd yn ogystal â llythyren y Cod, nid yn unig drwy ymateb yn gadarnhaol i geisiadau am wybodaeth ond trwy chwilio am gyfleoedd i leihau cyfrinachedd a rhannu gwybodaeth gyda chleifion a'r cyhoedd. Fel cam cyntaf byddwn yn ei gwneud yn ofynnol i gyrff NHS sefydlu tudalen gwe ar y Rhyngrwyd ac NHS Cymruweb yn rhoi gwybodaeth am y gwasanaethau sydd ar gael a safonau perfformiad.

3.41 Bydd gweithdrefnau ar gyfer llenwi lleoedd anweithredol gwag ar fyrddau iechyd yn creu aelodaeth fwy cynrychioladol a lleol ac yn cynnig dull arall i bobl leol ddylanwadu ar wasanaethau iechyd. Bydd y broses yn agored ac amlwg ac yn cyd-fynd ag Egwyddorion Nolan a'r canllawiau a gyhoeddwyd gan y Pwyllgor Penodiadau Cyhoeddus. Yn ychwanegol, bydd y Swyddfa Gymreig yn archwilio opsiynau pellach ynglyn ag ychwanegu at gymhwyster a chynrychiolder byrddau'r awdurdodau iechyd a'r ymddiriedolaethau, yn enwedig i wella'u gallu i weithio ar draws ffiniau'r gwahanol gyrff.

CRYNODEB

Mae'r ffocws newydd ar ansawdd yn gofyn am y canlynol:

- bod ymddiriedolaethau a Grwpiau Iechyd Lleol yn mabwysiadu'r cysyniad o lywodraeth glinigol gan wneud trefniadau i sicrhau bod y cyfrifoldebau dros ansawdd yn cael eu bodloni;
- bod awdurdodau iechyd yn gweithio gydag ymddiriedolaethau a Grwpiau Iechyd Lleol ac yn cyhoeddi strategaeth a chynllun gweithredu ar gyfer effeithiolrwydd clinigol a gweithgareddau archwilio clinigol er mwyn cyflwyno rhaglen dreigl o waith fel rhan o'r strategaeth leol ar gyfer gwella iechyd.

I gefnogi'r gwaith hwn:

- yn genedlaethol, bydd y Swyddfa Gymreig yn rhan o'r gwaith i sefydlu Sefydliad Cenedlaethol newydd ar gyfer Rhagoriaeth Glinigol a Chomisiwn Gwella Iechyd a'u trefniadau rheoli;
- cynhyrchir Siarter NHS newydd erbyn Mehefin 1998 a rhoddir prawf ar system sgorio blaenoriaeth rhestrau aros;
- caiff y gweithdrefnau cwyno newydd a'r system achredu eu gwerthuso a gwneir cynigion ym 1998 ar y ffordd ymlaen;
- cynhyrchir Fframwaith Gwasanaeth Cenedlaethol at raglen sgrinio ceg y groth ym 1998.

Gellir gwneud cynnydd gwerthfawr ar unwaith yn y meysydd canlynol:

- pob atgyfeiriad brys ar gyfer canser y fron i'w weld o fewn pum diwrnod gwaith;
- monitro a dadansoddi tueddiadau ystadegol deg o ymyriadau meddygol lle ceir tystiolaeth o blaid newid arferion;
- ysbytai a chyrff gwasanaethau iechyd cymunedol i wneud trefniadau i ddarparu gwybodaeth ynghylch rhyddhau cleifion yn electronig ac i drosglwyddo canlyniadau profion ymarferwyr cyffredinol yn electronig.

sylwadau

4 ARWEINYDDIAETH LEOL I'R NHS

Mae'r Llywodraeth yn bwriadu i'r NHS gynllunio i ddiogelu, hybu a gwella iechyd yn ogystal â thrin afiechyd. Er mwyn cyflawni hyn, bydd angen i bob rhan o'r gwasanaeth fod yn glir ynghylch eu swyddogaethau a'u cyfrifoldebau, y dylid eu datganoli i'r lefel effeithiol isaf posibl. Gyda chyfrifoldebau statudol ychwanegol, bydd yr awdurdodau iechyd yn datblygu cysylltiadau strategol â'r cyrff statudol a gwirfoddol hynny a all gyfrannu, a byddant yn harneisio ymdrechion holl aelodau teulu'r NHS yn lleol i gyrraedd amcanion iechyd strategol ar ran y boblogaeth y maent yn eu gwasanaethu. Byddant yn sefydlu Grwpiau Iechyd Lleol, a fydd fel arfer yn gydffiniol â'r awdurdodau unedol, er mwyn cynnwys proffesiynolion gofal sylfaenol a chynrychiolwyr o'r gymuned leol wrth gyflwyno'r agenda iechyd ehangach ac wrth hyrwyddo datblygiad gofal sylfaenol a lleol.

Bydd yr awdurdodau iechyd yn chwarae eu rhan wrth ailadeiladu hyder y cyhoedd drwy ddiogelu cyfranogiad cyhoeddus wrth ddatblygu Rhaglenni Gwella Iechyd; sicrhau y bydd gan Grwpiau Iechyd Lleol ymglymiad cyhoeddus effeithiol; cyhoeddi eu cytundebau perfformiad gyda'r Cynulliad a chynnwys gofyniad yn eu cytundebau gyda'r ymddiriedolaethau lleol y sefydlir gwell trefniadau i gynrychioli barn defnyddwyr y gwasanaeth.

Swyddogaeth well ar gyfer yr awdurdodau iechyd

4.1 Wrth ddileu'r farchnad fewnol a chyflwyno cyfrifoldebau newydd a strwythurau newydd, mae angen i swyddogaethau'r awdurdodau iechyd newid. Mae angen amdanynt o hyd i ddiogelu a gwella iechyd eu poblogaethau ac i hybu tegwch ar gyfer eu trigolion; ond rhaid mynd i'r afael â'r rhain o fewn yr egwyddorion gweithredol a nodir isod.

4.2 Sefydlwyd y trefniadau comisiynu cyfredol, a seilir ar bum awdurdod iechyd, o ganlyniad i ystyriaeth ofalus gan y Swyddfa Gymreig ac NHS Cymru. Ar ôl llai na dwy flynedd, dim ond nawr mae'r ymyrraeth sy'n gysylltiedig ag uno a lleihau nifer yr awdurdodau iechyd dosbarth ac iechyd teulu yn dechrau tawelu. Mae'r Ysgrifennydd Gwladol am osgoi rhagor o aflonyddwch; mae'r cynigion yn y Papur Gwyn hwn felly'n atgyfnerthu'r enillion cyfredol. Bydd gan y Cynulliad bwer i adolygu nifer yr awdurdodau a'u swyddogaethau, ond bydd cadw'r cyrff sy'n bodoli eisoes yn caniatáu iddynt ymateb i'r byd newydd a chyflawni amcanion y Llywodraeth.

Rolau a Chyfrifoldebau

4.3 Bydd y blaenoriaethau newydd ar gyfer awdurdodau iechyd yn ei gwneud yn ofynnol iddynt fynd yn fwy strategol a chanolbwyntio'n fwy ar wella iechyd. Byddant yn cadw llawer o'u cyfrifoldebau presennol nad oeddent yn gysylltiedig â'r farchnad fewnol. Oni ddiwygir y rhain fel arall, maent yn cynnwys cytuno ar yr hyn y mae'n rhaid ei wneud i wella iechyd a gofal iechyd pobl leol ac ymestyn dewis, ategu gwaith ymarferwyr cyffredinol a phroffesiynau contractio eraill, mesur statws iechyd ac epidemioleg a'u hadrodd i'r cyhoedd, darparu cyngor meddygol, deintyddol, fferyllol a nyrsio annibynnol ac ystod o swyddogaethau i ddiogelu iechyd y cyhoedd ac ymateb i achosion o glefydau trosglwyddadwy.

4.4 Mae sensitifrwydd a hyblygrwydd lleol yn allweddol i agenda iechyd y Llywodraeth; y Grwpiau Iechyd Lleol fydd yn cyflawni hyn. Bydd disgwyl i'r awdurdodau iechyd eu sefydlu a'u cynnal, sicrhau bod ganddynt fynediad i wybodaeth briodol, cymorth medrau a rheoli a darparu cyfran glir a theg o'r adnoddau sydd ar gael iddynt. Nodir y cynigion ynghylch Grwpiau Iechyd Lleol yn fanylach ym mharagraffau 4.15 i 4.33. Mae'r Llywodraeth yn cydnabod gwerth gofal sylfaenol ac mae wedi ymrwmo i gryfhau ei swyddogaeth yn yr NHS. Bydd yr awdurdodau iechyd yn cefnogi ac yn datblygu arferion iechyd sylfaenol yn uniongyrchol a thrwy'r Grwpiau Iechyd Lleol byddant yn eu sefydlu. Bydd y Grwpiau Iechyd Lleol yn cynhyrchu fframweithiau y bydd yr Awdurdodau iechyd yn eu tynnu ynghyd â'u cefnogi'n ariannol drwy gyfrwng cronfa ddatblygu neilltuedig.

Gweithio ar draws Ffiniau

4.5 Caiff dyletswydd statudol newydd ei gosod ar gyrff NHS i gydweithio i gyrraedd nodau cyffredin. Mae'r Llywodraeth yn bwriadu i hyn ymestyn hefyd i'r awdurdodau lleol, y bydd yn ofynnol i'r awdurdodau iechyd ddatblygu nodau cyffredin gyda hwy, gan alinio ymdrechion a systemau gwybodaeth i hwyluso datblygiad ymagwedd gyffredin at wella iechyd. Bydd gan yr awdurdodau iechyd y rôl gyffredinol o sicrhau bod yr NHS lleol yn gweithio gyda'i gilydd er lles y boblogaeth y maent yn ei gwasanaethu ac i sicrhau cydweithrediad ar raddfa ehangach lle mae materion iechyd o dan sylw. Yn benodol, byddant yn cydlynu mewnbwn i'r Rhaglenni Gwella Iechyd a fydd yn nodi anghenion iechyd y bobl leol a sut y bwriedir bodloni'r anghenion hynny.

4.6 Bydd yr awdurdodau iechyd yn gweithio gydag eraill i ddatblygu strategaethau a chomisiynu gwasanaethau i wella iechyd y bobl leol. Y ffordd orau o gyflawni rhai tasgau hanfodol megis diogelu a hybu iechyd y cyhoedd a llunio systemau gofal iechyd yw ar lefelau poblogaeth uwch. Gellid ymgymryd â rhai tasgau'n fwy lleol, ond byddai'r costau a'r fiwrocratiaeth ychwanegol yn drech na'r manteision.

4.7 Mae angen cyflawni swyddogaethau eraill, y gellid eu cyflawni'n fwy lleol, ar lefelau poblogaeth uwch; ymysg y rhain mae asesu anghenion iechyd; cydbwysu blaenoriaethau a phenderfynu ar yr angen i ddatblygu gwasanaethau o bwys. Bydd yr Ysgrifennydd Gwladol yn ystyried a oes lle i symleiddio rhai tasgau er mwyn canolbwyntio adnoddau rheoli ar y swyddogaethau strategol allweddol. Bydd hefyd yn adolygu'r strwythur gweithredol sy'n angenrheidiol i fynd i'r afael â'r agenda newydd gyda'r awdurdodau iechyd.

4.8 Dylai'r awdurdodau iechyd ddarparu arweiniad strategol ar y lefel boblogaeth hon, a dylent gydlyn ymdrechion teulu'r NHS yn eu hardaloedd i wella iechyd y boblogaeth y maent yn ei gwasanaethu. Bydd angen hefyd iddynt ffurfio cysylltiadau â chyrff eraill a all chwarae rhan wrth wella iechyd y boblogaeth. Bydd yr awdurdodau iechyd, Grwpiau Iechyd Lleol, ymddiriedolaethau, llywodraeth leol ac eraill yn cynllunio gwasanaethau priodol gyda'i gilydd. Ar gyfer y cleifion hynny ag anghenion gofal iechyd parhaus neu lle mae cydweithrediad trefniadaethol a phroffesiynol yn hanfodol (er enghraifft, gwasanaethau ar gyfer plant) bydd yr awdurdodau iechyd a'r awdurdodau unedol yn cynhyrchu cyd-gynlluniau buddsoddi. Yng Nghymru, disgwylir i Gyd-bwyllgorau Ymgynghorol gydweithredu mewn cynllun cynhwysfawr ar lefel boblogaeth uwch yr awdurdodau iechyd. Bydd y Llywodraeth hefyd yn archwilio'r cyfle ar gyfer cydweithio agosach byth rhwng gwasanaethau iechyd a gwasanaethau cymdeithasol. Bydd yr ymagwedd fwy integredig hon o fantais arbennig i gleifion megis y rhai ag anabledd neu broblemau iechyd meddwl, y mae arnynt angen cymorth y systemau iechyd a gofal cymdeithasol ill dau. Caiff cynigion penodol ar gyfer gwaith rhyng-sectoraidd er lles iechyd y cyhoedd eu nodi mewn papur ymgynghori yn gynnar ym 1998, ond mae'n glir y bydd yr awdurdodau iechyd yn chwarae rhan ganolog wrth gyflwyno rhan yr NHS o'r agenda honno. Yn y modd hwn, byddant yn ffurfio'r bont rhwng swyddogaeth strategol genedlaethol y Cynulliad a gweithgareddau'r Grwpiau Iechyd Lleol ar y lefel gymunedol.

Arweinyddiaeth Strategol

4.9 Bydd yr awdurdodau iechyd yn llunio Rhaglenni Gwella Iechyd a fydd yn nodi agenda glir mewn un ddogfen ar gyfer y tair blynedd cyntaf ac yn nodi bwriadau bras ar gyfer blynyddoedd pedwar a phump. Byddant yn cynnwys nifer o linyddau:

- fframwaith gofal sylfaenol;
- patrwm ar gyfer cyfluniad gwasanaethau lleol sy'n rhoi sylw i ystyriaethau clinigol, hygyrchedd a fforddiadwyedd, a safbwyntiau pobl leol; ac yn bwysicaf oll
- cynlluniau gweithredu cynhwysfawr ac integredig i wella iechyd y bobl leol ar draws ystod o feysydd cynnydd mewn iechyd. Cânt eu llunio mewn ymgynghoriad agos, a chânt eu cytuno ar y cyd gan y Grwpiau Iechyd Lleol a'r ymddiriedolaethau, gan weithio gyda llywodraeth leol i leisio diben cyffredin a dirwyn tameidiogrwydd i ben.

4.10 Bydd yn ofynnol hefyd i'r awdurdodau iechyd weithio gyda'i gilydd i gytuno ar egwyddorion strategol a llifoedd traws-ffiniol a chyfrannu at gynllunio, datblygu a goruchwyllo gwasanaethau newydd a gwasanaethau uwchlaw lefel y dosbarth a gomisiynir gan y Cynulliad.

4.11 Mae'r Papur Gwyn hwn yn pwysleisio'r angen am i gyrff ac unigolion weithio gyda'i gilydd. Mae'n bosibl na fydd y ddelfryd hon bob amser yn bosibl ei chyrraedd. Bydd yr awdurdodau iechyd yn monitro gweithrediad y Rhaglenni Gwella Iechyd gan ymddiriedolaethau NHS, Grwpiau Iechyd Lleol ac eraill. Er mwyn sicrhau bod yr amcanion yn cael eu gwireddu, bydd gan yr awdurdodau iechyd bwer i ymyrryd lle bo gweithredoedd naill ai'r Grwpiau Iechyd Lleol neu'r ymddiriedolaethau NHS yn mynd yn groes i strategaethau gwella iechyd, neu yn methu fel arall. Yn benodol, byddant yn gallu:

- ei gwneud yn ofynnol sicrhau eu cytundeb i ddatblygiadau newydd, gan gynnwys swyddi newydd parhaol yn yr ymddiriedolaethau NHS;
- cyflunio gwasanaethau lleol uniongyrchol yn unol â'r Rhaglenni Gwella Iechyd, gan nodi, yn ôl yr angen, y cyfleusterau na fydd eu hangen;
- adfer swyddogaethau a ddirprwywyd i'r Grwpiau Iechyd Lleol.

Cytundebau Hir-Dymor

4.12 Caiff y fiwrocratiaeth sy'n gysylltiedig â chontractau blynyddol ei diddymu yn y system newydd. Yn ei lle, gan weithredu i fodloni gofynion cytûn y Grwpiau Iechyd Lleol, dylai'r awdurdodau iechyd sefydlu cytundebau tymor hwy gydag ymddiriedolaethau NHS a fydd:

- yn cyflwyno'r agweddau ar y Rhaglenni Gwella Iechyd sy'n berthnasol i'r gwasanaeth;
- yn cael eu harwain gan gynigion o'r Grwpiau Iechyd Lleol;
- yn ymgorffori safonau ansawdd a chanlyniadau cenedlaethol, fel lleiafswm;
- yn hyrwyddo effeithlonrwydd;
- yn nodi lefelau cyllid yr ymddiriedolaethau; ac
- yn pennu cyfeiriad strategol yr ymddiriedolaethau.

4.13 Yn nodweddiadol, bydd y cytundebau hyn yn para dros gyfnod o dair blynedd, er ei bod yn bosibl y bydd cytundebau hirach yn briodol o dan rai amgylchiadau. Gall Grwpiau Iechyd Lleol ac ymddiriedolaethau gytuno i amrywio gweithgarwch a chyllid yn amlach na hynny. Bydd y Grwpiau Iechyd Lleol hefyd yn gallu hysbysu'r awdurdodau iechyd eu bod am weithio gydag ymddiriedolaeth arall os na chyrraeddwyd y safonau neu'r costau y cytunwyd arnynt o fewn amserlen y cytundebau. Caiff mecanweithiau eu cyflwyno i fod yn sail i gyfluniadau gwasanaethau newydd y cytunir arnynt gyda'r awdurdodau iechyd ac i ganiatáu i'r Grwpiau Iechyd Lleol drosglwyddo gwaith i ddarparwyr newydd, gan gadw unrhyw arbedion i'w hail-fuddsoddi mewn gofal cleifion. Ar sail y cytundebau, bydd yr ymddiriedolaethau'n datblygu cynlluniau gweithredol yn nodi manylion y gweithgarwch a'r costau, a gaiff eu llofnodi yn eu tro, gan yr awdurdodau iechyd.

Atgyfeiriadau y tu allan i Contractau (ECRs)

4.14 O dan y system ECRs, yr oedd gofal cleifion ag anghenion clinigol arbennig yn aml yn destun dadlau rhwng GPs, awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau ynghylch hyd a lled contractau ac a fyddai cost gofal y claf yn cael ei dalu. O dan y trefniadau newydd, caiff ECRs eu diddymu, ond mae'r Llywodraeth yn cydnabod y bydd yna achlysuron bob amser pan fydd anghenion neu amgylchiadau arbennig cleifion yn gofyn trefniadau hyblyg. O Ebrill 1999 ymlaen, caiff trefniadau newydd eu sefydlu ar sail addasiadau i ddyraniadau Grwpiau Iechyd Lleol ac awdurdodau iechyd yn hytrach nag ar anfonebu. Caiff canllawiau pellach eu dosbarthu yn ystod 1998.

Grwpiau Iechyd Lleol

Mae'r Llywodraeth yn bwriadu adeiladu'r NHS o gwmpas anghenion a dymuniadau'r bobl sy'n ei ddefnyddio. Yr ymarferydd cyffredinol, gyda chymorth staff iechyd cymunedol, yw'r pwynt cyswllt mwyaf cyfarwydd ar gyfer y mwyafrif o gleifion, sy'n adnabod y claf orau ac sy'n agor y drws i wasanaethau eraill. Yr ymarferydd cyffredinol sydd â'r rôl ganolog wrth sicrhau bod gan gleifion fynediad i'r gwasanaeth gorau sydd gan yr NHS i'w gynnig. Yn y blynyddoedd diwethaf mae'r ymarferwyr cyffredinol, ynghyd ag eraill yn yr NHS, wedi ymgymryd â dyletswyddau a chyfrifoldebau estynedig wrth ddylanwadu ar y gwasanaethau y mae ar eu cleifion eu hangen. Mae'r Llywodraeth yn bwriadu datblygu hyn er mwyn galluogi'r gymuned leol gyfan i fanteisio ar frwdfrydedd, medrau a phrofiad GPs, nyrsys, deintyddion, fferyllwyr cymunedol a'u cydweithwyr mewn gofal sylfaenol. Caiff GPs a phroffesiynolion gofal sylfaenol eraill gyfle i gymryd eu lle wrth galon rhwydwaith cynhwysfawr o fuddiannau lleol gyda'r gorchwyl o siapio a chyflwyno gofal iechyd lleol sydd wedi'i deilwra at anghenion y cleifion y maent yn eu gwasanaethu. Sefydlir Grwpiau Iechyd Lleol i roi cyfle i GPs a chyfranddalwyr eraill gymryd mwy o gyfrifoldeb dros siapio gwasanaethau iechyd i fodloni anghenion lleol a thrwy gymryd cyfrifoldeb dros gomisiynu gofal iechyd lleol.

Mae NHS Cymru a'i gymunedau eisoes yn mwynhau lefelau sylweddol o gydlynedd a chysondeb cenedlaethol. Byddai'n anghywir disodli rhaniadau'r farchnad fewnol â rhaniadau newydd a gwahanol. Gan hynny, datblygwyd y cynigion ar gyfer Grwpiau Iechyd Lleol i sicrhau cymaint â phosibl o barhad a chysondeb ar draws NHS Cymru wrth ddarparu cyfleoedd tebyg i'r Grwpiau Iechyd Lleol wella'r gwasanaethau lleol sydd o fewn eu rheolaeth.

Y Sefyllfa Bresennol

4.15 Sefydlwyd y trefniadau comisiynu presennol, ar sail pum awdurdod iechyd, yn Ebrill 1996. Ad-drefnwyd llywodraeth leol yng Nghymru ar yr un adeg a bellach mae'r 22 o awdurdodau unedol yn darparu sail werthfawr a chadarn i adeiladu'r ysbryd o gydweithredu arni sydd wrth galon y Papur Gwyn hwn. Mae gan bob un o'r pum awdurdod iechyd ffiniau sydd wedi'u seilio ar eu hawdurdodau lleol cyfansoddol.

4.16 Mae'r holl awdurdodau iechyd wedi sefydlu trefniadau i weithio gyda'r cymunedau lleol a'u cefnogi, i greu cysylltiadau â'r awdurdodau lleol a datblygu partneriaethau gyda thimau gofal sylfaenol. Mewn pedwar o'r pum awdurdod, mae'r trefniadau hyn eisoes wedi'u seilio ar ardaloedd yr awdurdodau lleol. Mae staff gofal sylfaenol eisoes yn chwarae rôl allweddol wrth wneud i'r trefniadau hyn weithio.

4.17 Bydd tri Arbrawf Comisiynu Lleol yn dechrau o Ebrill 1998 ymlaen. Bydd y rhain yn nodi'r cyfleoedd ar gyfer datblygu swyddogaeth GPs, gan weithio gyda phroffesiynau eraill a'u cymunedau lleol i lunio gwasanaethau iechyd a gwella iechyd y

bobl sy'n byw yno. Byddant yn darparu gwersi gwerthfawr ar gyfer y dyfodol.

4.18 Dechreuwyd ail gyflunio'r ymddiriedolaethau eisoes a dechreuir ymgynghori ar fframwaith newydd o ymddiriedolaethau yn haf 1998, gyda'r bwriad o sefydlu'r trefniadau newydd o Ebrill 1999 ymlaen. Mae'r Ysgrifennydd Gwladol yn bwriadu y dylai datblygiad y Grwpiau Iechyd Lleol ac ailgyflunio'r ymddiriedolaethau atgyfnerthu ei gilydd wrth fynd i'r afael â chyd-ymagweddau at reoli gwasanaethau ar draws ffiniau'r gwahanol gyrff.

Y Ffordd Ymlaen

4.19 Yr ydym am weld trefniadau lleol yn cael eu sefydlu er mwyn:

- sicrhau y caiff gofal sylfaenol y pŵer a'r cymorth i wella iechyd ei boblogaeth a'r gwasanaethau iechyd a ddarperir iddynt ac i fanteisio i'r eithaf ar brofiad a brwdfrydedd yr ymarferwyr;
- sicrhau bod safonau ansawdd a phrotocolau gwasanaethu'n cael eu penderfynu trwy drafod uniongyrchol rhwng clinigwyr sylfaenol ac eilaidd;
- nodi anghenion iechyd ac anghenion gwasanaethau sy'n adlewyrchu blaenoriaethau'r bobl leol a'u cynrychiolwyr;
- sicrhau bod yr adnoddau sydd ar gael yn cael eu dosbarthu'n deg i'r ardaloedd ac o'u mewn;
- adeiladu cysylltiadau effeithiol rhwng darparwyr gofal sylfaenol, cymunedol, eilaidd a chymdeithasol er mwyn i'r bobl leol fanteisio ar wasanaethau cynhwysfawr ac integredig sy'n ymwybodol o'u hanghenion.

Cyfrifoldebau a Chyfleoedd Newydd

4.20 Craidd diwygiad y Llywodraeth ar yr NHS yw ei gweledigaeth o benderfyniadau lleol a gymerir ar y cyd ag eraill. Byddwn felly yn creu Grwpiau Iechyd Lleol ledled Cymru. Bydd Grwpiau Iechyd Lleol yn tynnu ynghyd practisau ymarferwyr cyffredinol, proffesiynolion gofal sylfaenol eraill, cynrychiolwyr adrannau gwasanaethau cymdeithasol a chyrrff gwirfoddol i weithio gydag ymddiriedolaethau NHS lleol ar ran y poblogaethau lleol. Bydd gan bob Grwp Iechyd Lleol ddau amcan - sef darparu blociau adeiladu y Rhaglenni Gwella Iechyd y bydd yr awdurdodau iechyd yn eu llunio, er mwyn sicrhau eu bod yn adlewyrchu anghenion a phersbectif y bobl leol, darparu gwell gwasanaethau ar gyfer eu cleifion mewn sefydliadau gofal iechyd sylfaenol, cymunedol ac eilaidd.

4.21 Ar y cychwyn cyntaf, caiff Grwpiau Iechyd Lleol eu sefydlu fel is-bwyllgorau o'r awdurdodau iechyd, ond byddant yn gyfrifol am gomisiynu gwasanaethau lleol a byddant yn gallu gwneud penderfyniadau ynghylch defnyddio adnoddau er mwyn darparu'r cydbwysedd gorau rhwng angen ac adnoddau. O dan y berthynas hon, caiff atebolrwydd ei fynegi trwy gytundeb perfformiad a fydd ar gael yn gyhoeddus ac a gaiff ei fonitro gan yr awdurdod iechyd gan gyfrannu at raglen fonitro perfformiad yr awdurdodau iechyd gyda'r Cynulliad.

4.22 Mae fframwaith presennol llywodraeth leol eisoes yng Nghymru yn darparu sail gadarn ar gyfer gweithredu lleol yn y mwyafrif o ardaloedd. Gan hynny, oni bai bod yna gytundebau lleol cadarn i gyfluniadau eraill mae pob Grwp Iechyd Lleol yn debyg o fod yn gydffiniol â'r awdurdodau unedol i hwyluso cydweithredu. O fewn y fframwaith ehangach hwnnw, ceir cyfleoedd i sefydlu cysylltiadau agosach er mwyn rhoi cynnig ar ymagweddau arloesol at fodloni anghenion iechyd eu cleifion.

Rolau a Chyfrifoldebau

4.23 Bydd pob Grwp Iechyd Lleol:

- â chorff llywodraethu a fydd yn adlewyrchu'r ystod o fuddiannau proffesiynolion iechyd sy'n bodoli o fewn yr ardal, gan gynnwys practisau ymarferwyr cyffredinol, yr adran gwasanaethau cymdeithasol a buddiannau cymunedol eraill. Caiff y cadeirydd ei benodi o fewn y grwp llywodraethu ac yn aml bydd yn ymarferydd cyffredinol;
- yn chwarae rhan gyflawn wrth sefydlu a gweithredu'r Rhaglen Gwella Iechyd yn eu hardal i adlewyrchu'r anghenion lleol;
- yn datblygu gofal sylfaenol yn lleol;
- yn gwneud trefniadau clir i gynnwys y gymuned leol, ymgynghori â hi ac ymateb iddi ac i integreiddio dosbarthiad gwasanaethau iechyd sylfaenol a chymunedol mewn sefydliadau lleol;
- trwy weithio gyda'r awdurdod iechyd, yn comisiynu gwasanaethau i ddiwallu'r angen a welir;
- â strwythur rheoli clir y cytunir arno gyda'r awdurdod iechyd;
- yn atebol i'r awdurdod iechyd am gynnydd, ac os oes rhaid, i gywiro perfformiad ansafonol.

4.24 Disgwylir i'r Grwpiau Iechyd Lleol helpu proffesiynolion sylfaenol i wella ansawdd gofal. Cafwyd cynnydd da yng Nghymru gyda gwaith y grwpiau effeithiolrwydd gofal sylfaenol. Yn y dyfodol, bydd yn ofynnol i'r Grwpiau Iechyd Lleol

gytuno ar gynlluniau gweithredu ynglyn ag effeithiolrwydd clinigol ac archwiliadau clinigol. Yn ogystal, fel rhan o ddatblygiad llywodraeth glinigol yn NHS Cymru, bydd pob Grwp Iechyd Lleol yn enwebu uwch-broffesiynol yn i gymryd yr awenau ar safonau yn gyffredinol, ar ddatblygiad proffesiynol o fewn y Grwp ac i hybu gweithredu o fewn practisau ymarferwyr cyffredinol.

Cyflwyno Gofal yn Lleol

4.25 Mae'r Ysgrifennydd Gwladol yn bwriadu i Grwpiau Iechyd Lleol ddod yn fwy na chyrff sy'n cynghori'r awdurdodau iechyd cyn gynted ag y bo'n ymarferol o dan amgylchiadau lleol gwahanol. Felly, bydd cyllidebau ar gael iddynt a fydd yn adlewyrchu cyfran eu poblogaeth o'r adnoddau sydd ar gael ar gyfer gwasanaethau ysbytai a gwasanaethau iechyd cymunedol, presgripsiynau a staff, eiddo a chyfrifiaduron ymarferwyr cyffredinol. Bydd y grwpiau yn comisiynu gwasanaethau ac yn rhagnodi o fewn y gyllideb hon a bydd ganddynt y rhyddid i ail-leoli adnoddau i fynd i'r afael ag anghenion iechyd lleol fel y'u nodir gan y practisau unigol. Bydd y trefniadau newydd yn rhoi hyblygrwydd o fewn y cyfanswm i gyllido'r gwasanaethau y bydd clinigwyr yn penderfynu mai hwy yw'r gorau i fodloni anghenion cleifion, tra'n dileu'r ffiniau artiffisial ar driniaethau cyffuriau o dan y trefniadau cyllido cyfredol. Bydd y rhyddid hwn yn adlewyrchu'r ystod gyfan o ystwythderau a werthfawrogrir gan ddeiliaid cronfeydd ac eraill.

4.26 Yn ogystal, i ategu datblygiad gwasanaethau a gyflunnir ac a reolir yn lleol, bydd y Swyddfa Gymreig yn archwilio ac yn hyrwyddo ffyrdd arloesol o adeiladu ar y modelau presennol ar gyfer darparu gofal iechyd mewn sefydliadau newydd a reolir gan Grwpiau Iechyd Lleol. Ynghyd â'r ymddiriedolaethau lleol, yr awdurdodau lleol a chyrff gwirfoddol, byddant yn gwireddu gwasanaethau cynhwysfawr sy'n adlewyrchu buddiannau cleifion, gan gynnwys cynllunio a darparu gwasanaethau ar draws ffiniau, a allai gynnwys gofal parhaus, camddefnyddio sylweddau, gwasanaethau amddiffyn plant, gwasanaethau cymunedol, rhai agweddau ar iechyd meddwl a gwasanaethau hybu iechyd, a gwasanaethau ar gyfer pobl ag anawsterau dysgu.

4.27 Bydd y Grwpiau'n gweithio gyda phractisau ymarferwyr cyffredinol ac eraill i sicrhau'r defnydd gorau posibl ar yr adnoddau sydd ar gael i hyrwyddo arferion da a mynd i'r afael â gwendidau. Byddant hefyd yn gallu chwarae rhan bwysig wrth ddatblygu gofal sylfaenol trwy gydweithio ar draws practisau, darparu fforwm ar gyfer datblygiad, archwiliad a chydadolygiad proffesiynol a defnyddio adnoddau mewn ffyrdd newydd.

Arian

4.28 Bydd y cyllidebau'n aros yn y pen draw o fewn rheolaeth ariannol yr awdurdod iechyd a'i fframweithiau atebolrwydd. Disgwylir i'r Grwpiau Iechyd Lleol weithio o fewn y cyllidebau hynny, a allai fod yn net o gronfeydd strategol rhesymol ac eglur y mae'r awdurdod yn credu ei bod yn angenrheidiol eu cadw wrth gefn, er enghraifft ar gyfer gwasanaethau a gomisiynir yn ganolog, ail gyflunio gwasanaethau, a rheoli risg. Bydd cyfran eu poblogaeth o'r adnoddau ar gael i bob Grwp Iechyd Lleol at wasanaethau ysbytai a gwasanaethau iechyd cymunedol, presgripsiynau a strwythur mewnol practisau cyffredinol. Bydd yr adnoddau hyn yn caniatáu i'r Grwp a'i aelodau gomisiynu a darparu gwasanaethau. O fewn yr amlen hon sydd o dan derfyn arian parod bydd gan y Grwp gyfle i leoli adnoddau ac arbedion i atgyfnerthu gwasanaethau lleol a sicrhau bod y patrymau gofal yn adlewyrchu anghenion cleifion cystal â phosibl.

4.29 Disgwylir i bawb mae adnoddau cyhoeddus ar gael iddynt - yn adnoddau ariannol neu fel arall - ychwanegu gwerth trwy ymateb yn bositif i anghenion a dyheadau'r cymunedau lleol a thrwy newid dulliau gweithio a rhaglenni presennol er gwell. Bydd y Grwpiau Iechyd Lleol yn methu â chyrraedd y nod hwn os byddant yn cadw at y status quo, yn rhoi blaenoriaeth i uchelgais trefniannol dros fuddiannau cleifion neu'n methu â manteisio ar y cyfleoedd sydd ar gael iddynt. Bydd y trefniadau newydd yn rhoi'r offer yn ogystal â'r cymhellion i Grwpiau Iechyd Lleol ddatblygu gwasanaethau prydlon, hygyrch ac ymatebol i'r bobl leol a chwarae rhan i wella iechyd yn ei ystyr ehangaf.

4.30 Bydd gan y Grwpiau Iechyd Lleol fynediad i'r wybodaeth, y cymorth a'r medrau y bydd arnynt eu hangen i gyflawni eu swyddogaeth. Mater i benderfynu arno yn lleol fydd y ffordd orau o ddefnyddio medrau cymharol brin megis dadansoddi gwybodaeth, rheoli ac epidemioleg. Trwy gydlyn tasgau ar lefel yr ardal ac osgoi'r fiwrocratiaeth sy'n gysylltiedig â deiliaid cronfeydd, caiff arbedion graddfa eu sicrhau o ystyried y sefyllfa ar draws yr awdurdod iechyd cyfan; gellir defnyddio'r rhain i sicrhau gwell gofal i gleifion.

4.31 Bydd y Grwpiau Iechyd Lleol yn adeiladu ar brofiad ac arferion gorau datblygiadau o dan y cynllun deiliaid cronfeydd yng nghyd-destun penodol Cymru a'i sefydliadau. O fewn y model hwn y mynegir manteision cronfeydd ar newydd wedd. Ar yr un pryd, bydd y Swyddfa Gymreig yn ceisio dysgu oddi wrth yr arbrofion comisiynu lleol wrth iddynt ddatblygu, yn edrych, ar y cyd â chyrff sydd â diddordeb, a chyrff proffesiynol yn arbennig, ar arferion da o'r modelau presennol, a bydd yn disgwyl i'r awdurdodau iechyd hybu cynnydd cyflym mewn meysydd lle mae'r amgylchiadau'n galonogol. Bydd yn ofynnol i'r awdurdodau iechyd helpu a chefnogi Grwpiau Iechyd Lleol sydd am ehangu a datblygu eu swyddogaeth.

Y Dyfodol

- 4.32** Esblygol fydd datblygiad y Grwpiau Iechyd Lleol. O sefyllfa lle mae'r Grwpiau Iechyd Lleol yn gweithredu'n syml i gefnogi awdurdodau iechyd wrth gomisiynu gofal ar gyfer eu poblogaethau, yn gynyddol bydd ganddynt gyfrifoldeb datganoledig dros reoli cyllidebau fel rhan o'r awdurdod iechyd; deuant yn gyrff annibynnol a fydd yn atebol i'r awdurdodau iechyd am eu swyddogaethau comisiynu ac, fel y bo'n briodol, am reoli ystod o wasanaethau cymunedol.
- 4.33** Caiff deddfwriaeth ei chyflwyno a fydd yn darparu ar gyfer creu Ymddiriedolaethau Gofal Sylfaenol. Mater i'r Cynulliad fydd penderfyniadau yn y maes hwn, a hynny yng ngoleuni profiad, amgylchiadau lleol, tystiolaeth o hyfedredd rheoli cyffredinol, rheoli ariannol a rheoli risg ymhlith yr holl bartïon, a'r manteision a fwriedir i'r cleifion.

CRYNODEB

Caiff yr awdurdodau iechyd presennol eu cadw gyda chyfrifoldebau cryfach dros wella iechyd y boblogaeth leol. Cyftwynir cyfrifoldebau statudol newydd i'w gwneud yn ofynnol i'r awdurdodau iechyd weithio mewn partneriaeth â llywodraeth leol. Disgwylir iddynt ddod yn gyrff mwy strategol yn gweithio trwy Raglenni Gwella Iechyd.

Adolygir strwythur gweithredol yr awdurdodau iechyd er mwyn ei alinio â'r agenda newydd.

Bydd pob awdurdod iechyd yn sefydlu Grwpiau Iechyd Lleol i gynnwys ymarferwyr gofal sylfaenol a chynrychiolwyr llywodraeth leol a grwpiau cymunedol i weithio gyda'i gilydd i bennu gwasanaethau lleol o fewn ffiniau cyfran deg o'r adnoddau. Wrth iddynt dyfu a datblygu, bydd gan y Grwpiau Iechyd Lleol ddylanwad cynyddol wrth benderfynu ar siâp gwasanaethau gofal iechyd ar gyfer y bobl leol.

Caiff contractau blynyddol eu disodli gan gytundebau tymor hwy fel y Rhaglenni Gwella Iechyd allweddol fel mecanwaith ar gyfer gwella perfformiad.

Bydd gan yr awdurdodau iechyd bwerau wrth gefn:

- i gyfarwyddo cyfluniad gwasanaethau lleol lle bo'n angenrheidiol, gan nodi pa gyfleusterau na fydd eu hangen mwyach;
- i wrthod datblygiadau newydd gan gynnwys swyddi pwysig newydd, nad ydynt yn cyd-fynd â'r amcanion strategol.

sylwadau

5 GOFAL SYLFAENOL - SEILIAU CADARN

Mae'r bennod hon yn cydnabod cryfderau traddodiadol gofal iechyd sylfaenol a chymunedol ac yn adeiladu arnynt. Mae'n edrych ymlaen at wasanaeth sylfaenol newydd a bywiog, yn chwarae rhan o bwys yng nghyflwyniad gofal iechyd o fewn perthnasodedd a chyfrifoldebau ehangach Gwasanaeth Iechyd Gwladol modern.

Mae'n annog cleifion i gymryd mwy o gyfrifoldeb dros eu hiechyd eu hunain, yn rhoi pwyslais cadarn ar eu hanghenion ac ar ddiwallu'r anghenion hynny drwy gydweithrediad mwyfwy agos rhwng proffesiynolion iechyd ac asiantaethau eraill.

Nid yw strwythurau gwastrafflyd a biwrocataidd y farchnad yn cyd-fynd yn dda â'r pwyslais hwn ar gydweithredu a chydaddoldeb triniaeth. Bwriedir i gronfeydd ymarferwyr cyffredinol gael eu diddymu a'u disodli gan Grwpiau Iechyd Lleol a fydd yn rhoi hyblygrwydd a chyfrifoldeb i'r rhai sy agosaf at y cleifion y maent yn eu gwasanaethu.

Mae yna bwyslais parhaus ar gyflwyno gofal a diwallu'r angen. Mae'r Llywodraeth wedi ymrwymo i wasanaethau iechyd lleol cynhwysfawr ar gyfer holl bobl Cymru.

5.1 Iechyd sylfaenol yw sylfaen yr NHS. Dyma gyswllt cyntaf y claf â'r gwasanaeth iechyd fel arfer; mae ar gael yn rhwydd i bawb. Yn ystod y blynyddoedd diwethaf mae gofal sylfaenol wedi bod o dan bwysau. Mae'r galwadau arno wedi cynyddu a chafwyd pwysau pellach wrth i dechnoleg ddatblygu a phatrymau newydd o ofal ganiatáu i fwy a mwy o waith gael ei wneud yn agosach at gartrefi pobl. Rhaid i'r dyfodol ddod â gwell cydbwysedd rhwng gwir angen, cyfrifoldeb yr unigolyn dros ffyrdd iachach o fyw a defnydd cyfrifol ar wasanaethau.

Hybu Ffyrdd Iachach o Fyw

5.2 Bydd y Llywodraeth yn hybu mwy o bwyslais ar gyfrifoldeb personol drwy fesurau hybu iechyd effeithiol a fydd yn cynnwys cyfyngiad ar hysbysebu cynhyrchion tybaco. Bydd yna ymagweddau arloesol eraill megis rhwydwaith o Ganolfannau Byw'n Iach y byddwn yn eu hariannu ag arian y Loteri Genedlaethol. Caiff polisiâu eu datblygu a'u teilwra i sicrhau eu bod ar gael yn gyfartal i holl bobl Cymru, ac nid yn unig i'r rhai huawdl a'r da eu byd, a chaiff mentrau eu cyflwyno i hybu darpariaeth gwasanaethau gan fferyllwyr ac eraill a fydd yn cydategu'r gwasanaethau mwy traddodiadol a ddarperir gan yr NHS. Anghenion y claf fydd o'r pwys pennaf ym mhopeth.

Datblygu'r Arferion Presennol

5.3 Ar gydweithrediad y mae gofal iechyd sylfaenol yn byw. Mae'n wasanaeth ymatebol a ddarperir gan ymarferwyr hunan-gyflogedig y mae eu telerau a'u hamodau gwasanaeth yn gyffredin ledled y Deyrnas Unedig. Hwy i raddau helaeth sy'n penderfynu pa wasanaethau i'w darparu a hyd a lled eu hymrwymiad i'r NHS. P'un ai'n feddygon, deintyddion, fferyllwyr neu optegwyr, maent hwy, eu timau, a'r gwasanaethau nyrsio cymunedol a'r gwasanaethau eraill a ddarperir gan ymddiriedolaethau NHS, yn darparu ystod gynhwysfawr o wasanaethau hyblyg ac effeithlon i Gymru.

5.4 Nid yw'r Llywodraeth yn bwriadu newid y trefniadau hyn. Mae'n benderfynol o'u cadw hwy a'u cyfraniad at fywyd cymdeithas ofalgar; ond fe ellir eu gwella ac mae'r Llywodraeth yr un mor benderfynol o sicrhau pryd bynnag a lle bynnag y bo modd y caiff anghydaddoldebau eu dileu a diffygion eu disodli gan gryfderau. I fwrw ymlaen â'r agenda hon mae'r Llywodraeth yn benderfynol o wneud y canlynol:

- lleihau diffygion ac anghydaddoldebau yn narpariaeth gwasanaethau;
- hybu cydweithredu â gofal iechyd eilaidd, gwasanaethau cymdeithasol a'r sector gwirfoddol;
- meithrin gwasanaethau iechyd sylfaenol a chymunedol blaengar sy'n fodlon ymestyn ffiniau gofal, tra'n cadw'r safonau hynny sydd wedi gwasanaethu'r genedl yn dda;
- hwyluso cynnydd ar bob un o'r rhain drwy sefydlu rhaglen barhaus o ddatblygu a buddsoddi mewn systemau gwybodaeth clinigol a thechnoleg gysylltiedig.

5.5 Os bwriedir cyflawni'r nodau hyn, mae'r Llywodraeth yn cydnabod ei bod yn bwysig cadw hyder a chydweithrediad y proffesiynau yn y maes, rhoi cydnabyddiaeth briodol i'w medrau a chefnogi'r gydnabyddiaeth honno drwy anogaeth bositif i ddefnyddio'r medrau hynny drwy gydweithredu ag eraill er lles cleifion.

Datblygu Rolau

5.6 Dyma oedd un o brif amcanion pecyn o fesurau a gyhoeddwyd yng Nghymru yn fuan ar ôl i'r Llywodraeth ddod i rym. Heb fod yn orchmynnol, mae'n anelu at annog llawer mwy o broffesiynolion i weithio ym mhen uchaf eu hystod o fedrau, gan greu mwy o foddhad wrth weithio a chynnig gwell gwasanaeth i gleifion. Mae profiad wedi dangos bod yna adegau pan ellir rhoi sylw i broblem drwy newid un proffesiwn am un arall: er enghraifft, mae nyrsys arbenigol wrthi'n datblygu rolau newydd ac yn gwella ansawdd gofal cleifion. Maent yn gweithio ar draws ffiniau sefydliadol a phroffesiynol, gan sicrhau cysondeb yn niagnosis, triniaeth a gofal cleifion a'u teuluoedd ar ôl eu triniaeth. Felly hefyd mae therapyddion yn darparu rhai triniaethau y buasai deintydd wedi'u darparu fel arfer. Mae'r Llywodraeth yn barod i hybu datblygiadau o'r fath lle mae'n ddiogel ac yn briodol ac er lles y cleifion. Byddwn hefyd yn hybu gwell hyfforddiant sy'n fwy addas i alluogi proffesiynolion i lenwi'r rolau ehangach a bodloni newidiadau yn anghenion eu cleifion.

Bodloni Angen

5.7 Gall ymagwedd fwy hyblyg tuag at gyflwyno gofal iechyd helpu'r gwasanaeth i fodloni'r pwysau cynyddol a mynd rhywfaint o'r ffordd tuag at gywiro'r diffygion presennol. Bydd yr Ysgrifennydd Gwladol yn cadw llygad barcut ar dreialau llinell gymorth 24 awr newydd yn Lloegr ar gyfer cleifion a bydd yn ystyried ei chyflwyno yng Nghymru yng ngoleuni profiad o gost-effeithiolrwydd a lles i gleifion.

5.8 Mae'r Llywodraeth yn derbyn na fydd mwy o hyblygrwydd yn darparu ateb cyflawn i'r problemau presennol a'r problemau sy'n dod i'r amlwg mewn perthynas â gweithlu gofal iechyd. Ers blynyddoedd lawer, nid yw Cymru wedi cael digon o ddeintyddion i fodloni ei hangen. Gan hynny, trefnwyd bod symiau cynyddol o arian ar gael i ddenu deintyddion newydd i Gymru a bydd cefnogaeth o'r fath yn parhau i gael ei chynnig. Mae'r Llywodraeth hefyd wedi cydnabod bod problemau yn dod i'r amlwg yn narpriaeth gwasanaethau meddygol a rhai gwasanaethau eraill ac eisoes mae wedi cyhoeddi rhaglen o gefnogaeth a fydd yn helpu awdurdodau iechyd ac ymarferwyr i fynd i'r afael â'r problemau hynny wrth iddynt ddod i'r amlwg neu cyn hynny.

5.9 Mae technoleg newydd yn cynnig cyfleoedd pwysig hefyd. Bu Cymru yn geffyl blaen o ran datblygu telefeddygaeth. Mae project arbrofol yng Ngogledd Powys wedi dangos y potensial ar gyfer ymestyn rolau a gwybodaeth ymarferwyr lleol drwy gael mynediad electronig i arbenigwyr pell, yn ogystal â lleihau teithio i gleifion a phroffesiynolion iechyd. I fynd â'r gwaith hyn ymhellach, mae Ymddiriedolaeth NHS Ceredigion a Chanolbarth Cymru yn cynnal project i adolygu'r ystod lawn o wasanaethau'r ymddiriedolaeth i ddod o hyd i ffyrdd o ddefnyddio technoleg telefeddygaeth er lles nifer llawer mwy o gleifion. Caiff y canlyniadau eu cyhoeddi yng Ngwanwyn 1998 ac mae'r Llywodraeth yn disgwyl i'r awdurdodau iechyd i'r ymddiriedolaethau ddysgu oddi wrth waith o'r fath a manteisio ar gyfleoedd yn eu hardaloedd eu hunan.

Grwpiau Iechyd Lleol

5.10 Ni chaiff yr angen mawr am ymglymiad agosach â gofal iechyd eilaidd, gwasanaethau cymdeithasol a'r sector gwirfoddol ei fodloni ond drwy gamau gan yr holl bartïon sydd o dan sylw. Mae gan ofal iechyd sylfaenol fwy o hyblygrwydd nag erioed o'r blaen i fodloni'r her honno. Bydd Grwpiau Iechyd Lleol yn cynnwys pob ymarferydd cyffredinol a phroffesiynolion eraill mewn penderfyniadau ynghylch gwasanaethau lleol, a fydd yn galluogi'r gwasanaethau hynny i fod yn fwy ymatebol i amodau lleol nag erioed o'r blaen. Fe fydd yna gyfleoedd newydd i weithio ochr yn ochr ag asiantaethau eraill i ddarparu'r gofal di-dor sydd wedi bod ar goll yn y gorffennol pan oedd y pwyslais ar gystadleuaeth yn hytrach na chydweithio. O fewn gofal sylfaenol bydd y cynlluniau arbrofol sydd ar gael ar gyfer meddygaeth, nyrsio a deintyddiaeth o dan y Ddeddf Gofal Sylfaenol yn galluogi aelodau o deulu'r NHS i brofi ffyrdd newydd o wneud pethau ac i ryddhau eu hunain o gyfyngiadau rheolaeth ganolog gymhleth. Gyda'i gilydd, mae ganddynt y gallu i ddarparu gwasanaeth cynhwysfawr, sy'n cydweddu'n ofalus ag anghenion lleol ac yn ddigon hyblyg i ddiwallu anghenion gofal iechyd sy'n dechrau dod i'r amlwg yn y mileniwm newydd.

5.11 Gweledigaeth y Llywodraeth hon yw gweld NHS gyda phwrpas cyffredin, yn fodlon arno'i hun ac ar ei bartneriaid. Nid oes dim lle yn y weledigaeth honno i gystadleuaeth wastrafflyd na biwrocratiaeth y gellir ei hosgoi. Rhoddir y gorau i gronfeydd yng Nghymru. Eir ati i wneud hyn mewn ffordd drefnus, gan gymryd i ystyriaeth sylwadau a dyheadau'r rhai sydd wedi ymrwymo i'r cynllun. Cyn belled ag y bo'n ymarferol, bydd yna fesurau i leihau'r effaith ar y rhai yr effeithir arnynt yn andwyol ac i ganiatáu defnyddio arbedion a gronwyd ar gyfer gofal dilys i gleifion.

5.12 Cyfranogi'n llawn fel aelodau dylanwadol o Grwpiau Iechyd Lleol yw'r dyfodol i ymarferwyr cyffredinol sy'n ddeiliaid cronfeydd. Cynigir rôl newydd i'r holl GPs yn y Grwpiau Iechyd Lleol a fydd yn eu galluogi i barhau i ddarparu gofal a dylanwadu ar ansawdd gwasanaethau gofal iechyd cymunedol ac eilaidd fel eu bod yn diwallu anghenion eu cleifion orau. Mae'r Llywodraeth yn anelu at gadw'r hyblygrwydd hwnnw sydd wedi caniatáu i rai practisau wella'r ystod o wasanaethau sydd ar gael i gleifion ac mae hefyd yn credu bod gwerth mewn dileu baich gweinyddiaeth rigolaidd GPs fel eu bod yn gallu canolbwyntio ar gynllunio a chyflwyno gofal. Rhaid i'r cyfleoedd hyn fod ar gael i bawb ac mae'r Llywodraeth yn disgwyl i'r

proffesiynau ymateb yn gadarnhaol.

5.13 Bydd y Llywodraeth yn trafod y canlynol gyda'r rhai y bydd y newid hwn yn effeithio arnynt:

- trefniadau'r dyfodol ar gyfer gwasanaethau sy'n cael eu prynu ar hyn o bryd gan ddeiliaid cronfeydd;
- trefniadau ar gyfer staff deiliaid cronfeydd;
- trefniadau ar gyfer dirwyn cronfeydd practisau i ben, gan gynnwys trafod arbedion deiliaid cronfeydd.

5.14 Bydd y Llywodraeth yn cyflwyno deddfwriaeth i ddarparu ar gyfer y newid o gronfeydd ymarferwyr cyffredinol i Grwpiau Iechyd Lleol ac i aildosbarthu lwfans rheoli deiliad cronfeydd i'r Grwpiau Iechyd Lleol ar sail deg a fydd yn rhoi cefnogaeth i bob GP. Yn ôl faint o amser y Senedd fydd ar gael ar gyfer y ddeddfwriaeth angenrheidiol, bydd Grwpiau Iechyd Lleol yn olynu deiliaid cronfeydd yn ffurfiol o Ebrill 1999 ymlaen. Yn y cyfamser ni dderbynnir rhagor o bractisau i'r cynllun dal cronfeydd.

5.15 Yn y cyfamser, bydd y Swyddfa Gymreig yn archwilio gyda phob corff sydd â diddordeb y gwersi sydd i'w dysgu oddi wrth y modelau presennol ac yn disgwyl i'r awdurdodau iechyd weithio gydag ymarferwyr gofal iechyd lleol a darparwyr eraill gwasanaethau gofal sylfaenol i hybu'r gwaith i greu Grwpiau Iechyd Lleol.

Datblygu Gofal Sylfaenol

5.16 Disgwylir i'r awdurdodau iechyd glustnodi cronfa datblygu gofal sylfaenol o fewn yr adnoddau a ddirprwyir i'r Grwpiau Iechyd Lleol i gefnogi datblygu gwasanaethau y tu allan i ysbytai ac i ganiatáu i bractisau gynnal neu ddatblygu gwasanaethau sydd y tu allan i gwmpas hen drefniadau'r GMS. Mae datblygiadau o'r fath yn ymateb uniongyrchol i anghenion lleol a dyna pam y mae'r Llywodraeth yn credu ei bod yn briodol y dylai'r defnydd o'r cronfeydd datblygu newydd hyn fod yn nwylo'r Grwpiau Iechyd Lleol o'r cychwyn cyntaf er y bydd yr awdurdodau iechyd yn dal yn atebol amdanynt yn ffurfiol. Bydd cyflafareddu ar gael pan fo'i angen.

5.17 Ynghyd â'r hyblygrwydd arall sydd ar gael i ofal sylfaenol, mae'r Llywodraeth yn credu y bydd y trefniant hwn yn cadw nodweddion gorau'r cynllun deiliaid cronfeydd tra'n osgoi ei anghydraddoldebau a'i fiwrocratiaeth wastrafflyd. Yn benodol, bydd GPs yn cadw eu gallu i ddylanwadu ar wasanaethau lleol, ymestyn ffiniau gofal sylfaenol a datblygu cyfraniad eu timau practis heb ymglymiad ynglyn â gweinyddu sy'n llyncu eu hamser. Fe fyddant hwy a'u cleifion, ill dau, yn elwa o ganlyniad i hyn.

5.18 Bydd manteision deiliaid cronfeydd ar gael bellach i bob practis a bydd y rheiny'n caniatáu ar gyfer arloesedd ac ystwythder i ymdrin â phwysau cynyddol ar wasanaethau iechyd cymunedol. Bydd yr NHS a'r adrannau gwasanaethau cymdeithasol yn cael eu hannog i weithio'n agosach gyda'i gilydd ac i roi terfyn ar y sefyllfa ymrannus lle mae argaeledd gwasanaethau yn amrywio o le i le. Bydd hyn oll yn gofyn am rannu gwybodaeth gofal cleifion yn llawer llawnach, a rhaid mynd i'r afael â'r rhwystrau trefniadaethol, a'r rhwystrau proffesiynol a thechnegol i rannu gwybodaeth ar frys. O fewn iechyd, fe fydd yn ofynnol i Grwpiau Iechyd Lleol, yr awdurdodau iechyd ac eraill hybu datblygiad y gwasanaethau arbenigol hynny, megis therapi lleferydd, lle y gall fod rhaid aros yn hir am driniaeth. Yr ydym yn dymuno iddynt sicrhau bod anghenion y rhai sydd o dan anfantais yn ein cymdeithas, neu'r rhai sydd heb fod mewn sefyllfa i leisio'u barn, yn cael eu mynegi ac y gweithredir arnynt.

Gwasanaeth sy'n Ymwybodol o'r Unigolyn

5.19 Mae grwpiau o'r fath yn cynnwys y bobl hynny sy'n dioddef salwch meddwl neu sydd ag anawsterau dysgu. Ers blynyddoedd lawer mae polisïau yng Nghymru wedi ceisio cynnig cyfle i'r bobl hyn fyw bywyd mor llawn a chyflawn â phosibl yn y gymuned. Mae'r Llywodraeth yn dal wedi ymrwymo i'r ddelfryd honno. Anogir datblygiad pellach ar dimau iechyd meddwl cymunedol aml-ddisgyblaeth tra'n derbyn y bydd lle o hyd i ofal mewnol i rai cleifion. Yn anad dim, yr ydym yn disgwyl i bob asiantaeth, p'un ai'n ymarferwyr cyffredinol, ymddiriedolaethau neu adrannau gwasanaethau cymdeithasol, gydweithio i ddarparu ystod lawn o ofal, sy'n ymwybodol iawn o angen unigolion. Hefyd, mae gwasanaethau iechyd ysgol wedi'u dylunio i fodloni rhai o anghenion gofal sylfaenol y boblogaeth o blant 5-19 oed mewn addysg amser-llawn. Bydd y Grwpiau Iechyd Lleol yn gweithio gyda'r gwasanaethau addysg i ddatblygu proffiliau iechyd i'r grwp oedran hwn, gan gynnwys plant ag anableddau ac anghenion addysgol arbennig.

5.20 Mae'n well gan lawer o bobl gael triniaeth yn eu cartrefi neu'n agos at eu cartrefi. Disgwylir i awdurdodau iechyd a Grwpiau Iechyd Lleol gynnal lefel dda o wasanaethau nyrsio cymunedol sy'n cydategu, ond nid yn dyblygu gwasanaethau hynny a ddarperir gan yr awdurdodau lleol. Mae'r Llywodraeth yn ymwybodol o anghenion gofalwyr; mae ganddynt dasg anodd ond bydd y Llywodraeth yn hybu datblygiad gofal seibiant i gydategu'r gofal dyddiol sydd eisoes ar gael yn gyffredinol.

Cyplysu Adnoddau ag Anghenion

5.21 Nod y Llywodraeth yw sicrhau'r gorau sy'n bosibl, o fewn adnoddau sydd, yn naturiol, yn gyfyngedig. Os bwriedir gwneud hynny, rhaid wrth gydweithrediad awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau NHS. Bydd ar awdurdodau iechyd ddyletswydd benodol i hybu, gwella a chadw gofal iechyd sylfaenol, gan ddefnyddio'r hyblygrwydd a'r mentrau sydd ar gael yn awr i'r eithaf. Bydd angen i awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau gydnabod hyn: wrth i dechnegau newydd ganiatáu i fwy o waith gael ei wneud y tu allan i'r ysbytai rhaid i adnoddau gael eu trosglwyddo er mwyn i'r gwaith hwnnw gael ei wneud. Aethom y tu hwnt i'r pwynt lle gall arbedion gael eu hailfuddsoddi mewn ysbytai yn unig heb roi sylw i'r canlyniadau mewn mannau eraill.

5.22 Ni fydd yr adnoddau sydd ar gael ar gyfer mynd i'r afael â'r problemau hyn yn ddi-ben-draw, nac o fewn rheolaeth y Llywodraeth yn gyfan gwbl. Bydd y Llywodraeth yn chwarae ei rhan drwy leihau biwrocratiaeth ac annog eraill i wneud hynny, drwy frwydro yn erbyn twyll a hybu'r arferion gorau. Rhan yn unig o'r ateb yw hyn; ni ddylai cleifion gamddefnyddio'r system a dylai ymarferwyr dderbyn bod arnynt ddyletswydd i drafod arian y cyhoedd yn dda, yn enwedig drwy ragnodi mewn ffordd gost-ffeithiol. Mae'r Llywodraeth yn dal wedi ymrwymo i'r egwyddor y dylai'r rhai y mae arnynt angen cyffuriau eu cael ond rhaid hefyd roi sylw i effeithiolrwydd cymharol triniaethau ac i'w cost yn yr achosion hynny lle bo cyffuriau rhatach eraill ar gael, a fyddai'n diwallu'r un angen yn ddigonol. Mae gwneud fel arall yn golygu y bydd arian yn dal i gael ei wario'n amhriodol ac y bydd gwasanaethau iechyd eraill yn dioddef o ganlyniad. Mae'r Llywodraeth yn benderfynol o fynd i'r afael â'r materion llosg. Byddwn yn buddsoddi mewn systemau gwybodaeth newydd a gwell ac yn hybu ymagwedd newydd drwy gynyddu faint o gyngor fferyllol sydd ar gael i ymarferwyr. Erbyn 2001 mae'r Swyddfa yn bwriadu sefydlu system gwybodaeth newydd a fydd yn darparu gwell gwybodaeth am ragnodi a pharatoi presgripsiynau i wella rheolaeth meddyginiaethau, hwyluso ymagwedd gydweithredol ar therapi cyffuriau yn y tîm gofal iechyd a lleihau'r risg o dwyll.

5.23 Y Grwpiau Iechyd Lleol, yn hytrach na phractisau unigol, fydd yn penderfynu pa wasanaethau y dylai'r ymddiriedolaethau eu darparu ar gyfer eu cleifion. Bydd angen hefyd i'r Grwpiau Iechyd Lleol weithio gyda phractisau i sicrhau'r defnydd gorau ar adnoddau ar gyfer eu cleifion. Dros amser, disgwylir i Grwpiau Iechyd Lleol estyn cyllidebau dangosol i bractisau unigol er mwyn datblygu trefniadau taliadau cymhellant ar lefel y practis.

5.24 Yn olaf, a hwyrach yn bwysicaf oll, mae'r Llywodraeth hon yn gwerthfawrogi'r rhai sy'n gweithio mewn gofal iechyd sylfaenol a chymunedol. P'un ai dderbynnwyd, yn ymwelydd iechyd neu'n therapydd, yr ydym yn cydnabod y gofal y maent yn ei gyflwyno i'r gwasanaeth a'u cyfraniad at y gymdeithas. Yr ydym hefyd yn gwybod bod y darlun cyfan yn fwy na chyfanswm y gwahanol gydrannau a'r fantais fwyaf yw pan fyddant yn gallu defnyddio'r ystod lawn o'u medrau a'u profiad. Yr ydym yn croesawu'r brwdfrydedd a'r awydd i gydweithio sydd mor amlwg yn yr NHS heddiw. Mae gofal sylfaenol yn sylfaen gadarn o hyd a byddwn yn adeiladu arni.

CRYNODEB

Wrth ddilyn ei pholisïau o ddod â gofal yn agosach at gleifion a'u cymunedau, bydd y Llywodraeth yn hybu mwy o bwyslais ar gyfrifoldeb personol drwy hybu iechyd yn effeithiol a hwyluso rhwydwaith o Ganolfannau Byw'n Iach.

Bydd hefyd yn cefnogi ac yn hybu gwasanaeth iechyd sylfaenol a chymunedol blaengar, gan leihau lle bynnag y bo'n bosibl ar anghydraddoldebau a disodli diffygion gyda chryfderau.

I gefnogi ymatebolrwydd lleol, bydd yn hybu cydweithredu rhwng proffesiynolion ac asiantaethau, yn enwedig adrannau gwasanaethau cymdeithasol, ac yn seilio'r trefniadau hyn ar bwerau statudol newydd mewn meysydd allweddol a dosbarthiad teg o adnoddau.

Fe fydd yn diddymu'r cynllun deiliaid cronfeydd ymrannus a'i ddisodli gyda Grwpiau Iechyd Lleol sy'n cadw hyblygrwydd a phenderfyniadau yn lleol.

Bydd y Llywodraeth yn mynnu bod adnoddau cyhoeddus yn cael eu defnyddio'n effeithiol ac yn lleihau biwrocratiaeth ddiangen a thwyll.

6 YMDDIRIEDOLAETHAU NHS - DARPARU GWASANAETHAU O ANSAWDD

Mae'r Bennod hon yn amlinellu sut y bydd Ymddiriedolaethau NHS yn gweithredu yn yr NHS newydd. Mae'n dangos lle'r adeiledir ar rolau a lle y'u newidir i fodloni agenda newydd y Llywodraeth. Mae manylion y cyfrifoldebau dros sicrhau gwaith effeithlon a'r arferion gorau yn ogystal â gwaith monitro perfformiad wedi'u nodi a'u hesbonio hefyd.

Yn y dyfodol, bydd ymddiriedolaethau NHS yn cymryd rhan mewn strategaeth a chynllunio drwy helpu i siapio'r Rhaglen Gwella Iechyd leol. Bydd gan feddygon a nyrsys ran agosach wrth gynllunio gwasanaethau i'w cleifion; cyflwynir safonau ansawdd ac effeithlonrwydd newydd ac fe wneir ymddiriedolaethau'n fwy agored ac atebol i helpu i adfer hyder y cyhoedd yn yr NHS.

Cyfeiriad Newydd

6.1 Ymddiriedolaethau NHS sy'n darparu pob gwasanaeth ysbyty, iechyd cymunedol, iechyd meddwl a phob gwasanaeth ambiwlans yng Nghymru. Rhannau gweladwy a chyfarwydd o'r NHS yw ymddiriedolaethau ac maent yn cyfrif am wariant blyneddol o £1.5 biliwn ac yn cyflogi 54,000 o staff. Mae ganddynt raglenni ymchwil ac addysg bwysig hefyd. Mae'r Ymddiriedolaethau'n gyfrifol am rwydwaith cymhleth o wasanaethau ac mae'r Llywodraeth yn bwriadu iddynt gadw ymreolaeth dros reoli eu dulliau gweithredu eu hunain. Byddant yn parhau i chwarae rôl sylweddol hefyd o ran gwireddu amcanion allweddol NHS Cymru. Er hynny, mae'r Llywodraeth yn credu bod y pwyslais ar gystadlu rhwng ymddiriedolaethau wedi niweidio eu gallu i recriwtio staff a'u cadw, a'i bod wedi gwastraffu adnoddau prin ac wedi bod yn ergyd sylweddol i enw da'r NHS am ddarparu gwasanaeth teg i bawb pa bryd a pha le bynnag y mae ei angen. Yn y dyfodol, bydd yn ofynnol i ymddiriedolaethau weithredu mewn ffyrdd sy'n meithrin cydweithrediad yn ogystal â chanolbwytio ar gyflwyno gwasanaethau o ansawdd uchel i gleifion yn hytrach na ffocysu ar agweddau biwrocraidd contractio. Bydd y Llywodraeth yn cyflwyno dyletswydd statudol newydd i ymddiriedolaethau NHS weithio mewn partneriaeth â chyrff eraill yr NHS. Bydd hynny'n ymestyn i Grwpiau Iechyd Lleol ac eraill wrth gynllunio'r strategaeth iechyd a gofal iechyd lleol o dan brif arweinyddiaeth yr awdurdodau iechyd.

6.2 Bydd yr ymddiriedolaethau yn aros yn gorfforaethau cyhoeddus, yn gyfrifol am eu rheolaeth weithredol eu hunain. Byddant yn parhau i gael gwneud eu penderfyniadau eu hunain sy'n effeithio ar y staff y maent yn eu cyflogi a'r incwm y maent yn ei gwario, er y byddant yn gwneud hynny gyda chysylltiadau llawer cliriach â chynlluniau a blaenoriaethau'r awdurdodau iechyd. Caiff eu dyletswyddau statudol eu diwygio i roi cyfrifoldeb iddynt, gyda'r awdurdodau iechyd a'r Grwpiau Iechyd Lleol, dros wireddu amcanion a safonau ansawdd iechyd a gofal iechyd cenedlaethol a lleol. Bydd y Cynulliad bwerau i ymyrryd os ceir methiant difrifol yn ansawdd gwasanaethau.

6.3 Mae angen i ymddiriedolaethau gydweithio â'i gilydd, â Grwpiau Iechyd Lleol, ag awdurdodau iechyd, â'r Cynulliad ac eraill, gan gynnwys awdurdodau lleol a chyrff gwirfoddol, er mwyn sicrhau bod cleifion yn cael gwasanaethau o ansawdd uchel ni waeth ble maent yn byw na pha GP y maent yn ei weld.

Siapio Gwasanaethau Ymatebol

6.4 Bydd yr ymddiriedolaethau'n gyfrifol am gynhyrchu cynlluniau blyneddol mewn ymateb i ofynion Grwpiau Iechyd Lleol ac awdurdodau iechyd sy'n dangos sut y bwriadant ymateb i'r amcanion a bennir. Bydd yr ymddiriedolaethau'n atebol am gyrraedd faint o weithgarwch ac ansawdd clinigol y gweithgarwch a fyddir gan Grwpiau Iechyd Lleol ac awdurdodau iechyd. Ond, yn bennaf, byddant yn ymateb i benderfyniadau comisiynu y Grwpiau Iechyd Lleol y byddant yn datblygu perthnasoedd tymor-hir â hwy.

6.5 Bydd yr ymddiriedolaethau'n gallu mynd ar drywydd iechyd gwell ar gyfer y boblogaeth leol a gweithredu Rhaglenni Gwella Iechyd gyda'r awdurdodau iechyd. Cânt bwer i weithio ar draws ffiniau i gyflwyno rhaglenni gofal integredig. Wrth i Grwpiau Iechyd Lleol ddatgan fwyfwy eu gallu i ddarparu gwasanaethau yn lleol, fel yn achos y deiliaid cronfeydd mwyaf blaengar ymhlith ymarferwyr cyffredinol, bydd angen i'r ymddiriedolaethau gydweithio â'r awdurdodau iechyd a'r Grwpiau Iechyd Lleol i hwyluso'r newidiadau hyn. Mae hyn yn galw am gydweithredu agos o'r cychwyn cyntaf a pharodrwydd i weithredu'n hyblyg er lles gorau'r cleifion. Bydd dyletswydd statudol newydd y tu cefn i'r cyfrifoldebau hyn.

6.6 Dim ond yn unol â strategaethau tymor-hir a chynlluniau iechyd a gofal iechyd lleol y gwneir y penderfyniadau allweddol ynghylch buddsoddi mewn datblygiadau ym maes cyfalaf, penodiadau ymhlith staff meddygol hyn, a datblygiadau mewn gwasanaethau. Bydd gan yr awdurdodau iechyd, felly, rôl allweddol yn y maes hwn a rhoddir pŵer iddynt ymyrryd mewn

meysydd dethol lle bo'n angenrheidiol er mwyn sicrhau bod penderfyniadau'r ymddiriedolaethau yn adlewyrchu cynlluniau'r awdurdodau iechyd. Yn ychwanegol, oherwydd y rôl strategol ehangach sy'n cael ei rhoi i'r awdurdodau iechyd, bydd yn ofynnol i'r ymddiriedolaethau gydweithio'n agos â hwy ar unrhyw gynigion ar gyfer datblygiadau cyfalaf sylweddol, gan gynnwys partneriaethau cyhoeddus a phreifat; a bydd penderfyniadau ynghylch datgan bod asedau yn fwy na'r gofynion yn trosglwyddo i'r awdurdodau iechyd.

Darparu Gwasanaethau o Ansawdd

6.7 Bydd yn ofynnol i'r holl ymddiriedolaethau NHS fabwysiadu'r cysyniad o lywodraeth glinigol er mwyn sicrhau bod ansawdd yn rhan annatod o waith y corff ac arferion gwaith y staff.

6.8 Bydd corff o ansawdd uchel yn sicrhau:

- y cytunir ar raglen dreigl o weithgareddau archwilio a strategaeth glinigol ar gyfer cyflwyno effeithiolrwydd clinigol gyda'r awdurdod iechyd a'r Grwpiau Iechyd Lleol;
- bod gwybodaeth ar sail tystiolaeth ar gael a bod modd cael gafael arni;
- y caiff medrau a gwybodaeth eu gwella drwy addysg, hyfforddi a phrofiad gan roi sylw penodol i ddatblygu gwell cysylltiadau â chleifion;
- bod rhaglenni i leihau risg clinigol wedi'u sefydlu a bod gwersi'n cael eu dysgu a'u defnyddio'n brydlon lle deuir o hyd i ddigwyddiadau andwyol.

6.9 Mae'n hen bryd rhoi sylw i ansawdd, ac adlewyrchir hyn yng nghyfrifoldebau a rheolaeth ymddiriedolaethau NHS. Cynigir deddfwriaeth i gyflwyno dyletswydd newydd ar gyfer ansawdd gofal. O dan y trefniadau hyn, y prif weithredwyr yn y pen draw fydd yn gyfrifol am ansawdd yn eu hymddiriedolaethau, yn union fel y maent yn atebol yn awr am ddefnyddio priodol ar adnoddau.

6.10 Disgwylir y bydd y prif weithredwyr yn sefydlu trefniadau lleol priodol a fydd yn rhoi iddynt hwy ac i fwrdd yr ymddiriedolaeth sicrwydd cadarn bod eu cyfrifoldebau dros ansawdd yn cael eu bodloni. Gallai'r trefniadau lleol fod ar ffurf is-bwyllgor i'r bwrdd o dan arweiniad uwch-glinigydd sy'n ennyn hyder y corff clinigol yn yr ymddiriedolaeth. Bydd adroddiadau rheolaidd i fwrdd yr ymddiriedolaeth a chyhoeddi adroddiad blynyddol yn rhoi sicrwydd bod ansawdd yn flaenoriaeth i aelodau o'r bwrdd.

Hybu Effeithlonrwydd: Gwella Perfformiad

6.11 Yn NHS diwygiedig Cymru, asesir ymddiriedolaethau yn ôl y cyfraniad a wnânt at nodau ehangach gwell canlyniadau iechyd a gofal iechyd, gwell ansawdd ac effeithiolrwydd gwasanaethau a gwell mynediad. Fe'i mesurir yn erbyn y meini prawf a nodwyd ym mharagraff 2.3. Caiff byrddau a staff clinigol eu dal yn gyfrifol ar y sail hon drwy eu cytundebau gyda Grwpiau Iechyd Lleol ac awdurdodau iechyd. Caiff yr atebolrwydd hwn ei wella gan yr hyder gwell sy'n bosibl yn sgil cytundebau gwasanaeth tymor hwy, ond bydd yr un mor drylwyr.

6.12 Yn y dyfodol, caiff gwell perfformiad ei wobrwyo drwy ganiatáu ar gyfer cadw cyfran o unrhyw arbedion o fewn y timau clinigol sydd wedi'u gwneud mewn ffyrdd sy'n gyson â'r Rhaglen Gwella Iechyd a dymuniadau'r Grwpiau Iechyd Lleol. O'r herwydd, dylai pob ymddiriedolaeth fod yn gweithio i ddatganoli'r cyfrifoldeb i dimau clinigol ac i gynnwys clinigwyr yn y trefniadau cynllunio a wneid gyda Grwpiau Iechyd Lleol ac awdurdodau iechyd.

6.13 Bydd y pwysau i leihau costau yn parhau i sicrhau y gellir targedu adnoddau lle mae eu hangen mwyaf. Bydd sawl ffurf i'r ymgych hon i sicrhau effeithlonrwydd:

- *ailgyflunio'r ymddiriedolaethau* - mae'r Llywodraeth yn credu mai peth hap-ddamweiniol yw cyfluniad presennol yr ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru ac nad yw mewn sefyllfa dda i gyflwyno gofal iechyd effeithiol yn y ffordd fwyaf effeithlon yn yr NHS di-farchnad newydd.

Mae ymarfer pwysig eisoes ar y gweill i adolygu nifer a ffurf yr ymddiriedolaethau NHS yng Nghymru. Ei amcan cyffredinol yw gwella ansawdd gofal iechyd yng Nghymru drwy sefydlu cyfluniad mwy effeithiol ac effeithlon ar gyfer rheoli gwasanaethau iechyd ysbytai a gwasanaethau cymunedol. Disgwylir gweld ymgynghori cyhoeddus ffurfiol ar y cynigion yn ystod haf 1998. Yn ôl yr amserlen bresennol, rhagwelir y caiff penderfyniad ei gyhoeddi yn Hydref 1998 a fydd yn arwain at sefydlu patrwm newydd o ymddiriedolaethau ledled Cymru ar 1 Ebrill 1999.

Nid oes unrhyw darged wedi'i bennu ar gyfer y nifer o ymddiriedolaethau ar ddiwedd yr ymarfer. Mae'r Gweinidogion wedi'i gwneud yn glir mai'r angen am effeithiolrwydd clinigol a rheolaethol gwell yw prif sbardun y broses ailgyflunio. Er hynny, un arall o amcanion yr ymarfer yw y dylid gwro adnoddau oddi wrth fiwrocratiaeth

wastrafflyd y gellir ei hosgoi. Bydd ailgyflunio'n rhyddhau rhwng £5 miliwn a £10 miliwn y flwyddyn i'w hailfuddsoddi mewn gwell gofal i gleifion.

- *meincnodi* - mae llawer o ymddiriedolaethau eisoes yn cymharu eu perfformiad eu hunain â pherfformiad yr ymddiriedolaethau gorau ac yn cymryd camau i wneud gwelliannau yn ôl yr angen. Bydd hyn yn parhau ac yn ehangu i alluogi'r ymddiriedolaethau i anelu at y gwerth gorau ym mhopeth a wnânt. O fewn rhaglen feincnodi genedlaethol y Cynulliad, bydd yn ofynnol i'r ymddiriedolaethau feincnodi ysgogwyr effeithlonrwydd pwysig yn eu corff i ymdrechu i sicrhau gwelliannau mewn costau, ansawdd a hygyrch. Mae'r rhaglen hon yn un lle caiff y data ei rannu'n agored â phob parti sydd â diddordeb yn yr NHS. Bydd yn arwain at ddatguddiad clir o berfformiad gwael, yn gyfraniad sylweddol at lunio cytundebau tymor-hir ac yn darparu gwybodaeth i ganiatáu i fesurau gael eu sefydlu a fydd yn sicrhau gwelliant mewn perfformiad hyd at lefel y gorau mewn manau eraill.
- *costau rheoli* - disgwylir i'r ymddiriedolaethau gadw'r costau sy'n gysylltiedig â rheoli a gweinyddu i'r lleiaf posibl. Bydd meincnodi yn offeryn defnyddiol i brofi perfformiad ymddiriedolaethau yn y maes. Unwaith eto, bydd hyn yn ffactor y bydd yr awdurdodau iechyd yn ei gymryd i ystyriaeth wrth wneud penderfyniadau ar eu trefniadau tymor-hir gyda'r ymddiriedolaethau. Yn dilyn yr ymarfer ailgyflunio, bydd yn ofynnol i bob ymddiriedolaeth newydd, o leiaf, feincnodi ei chostau rheoli.

Y Fframwaith Ariannol

6.14 Bydd ymddiriedolaethau yng Nghymru'n cael eu harian drwy gyfrwng cytundebau hir-dymor oddi wrth awdurdodau iechyd, a fydd yn agregu cynigion y Grwpiau Iechyd Lleol ac yn rhoi sylw i benderfyniadau'r awdurdodau iechyd eu hunain, er enghraifft ar wasanaethau a gomisiynir yn ganolog. Seilir lefel yr arian ar gostau cytûn y mae'n rhaid i'r ymddiriedolaethau eu tynnu a chytundebau hir-dymor ar strwythurau costau a datblygiadau gwasanaethau.

6.15 Yn y dyfodol, caiff rhai gwasanaethau trydyddol, uwchlaw lefel y dosbarth ac arbenigol eu goruchwylio gan y Cynulliad, hwyrach gan ddyrannu arian i'r awdurdodau iechyd gan bennu maes y gwariant ymlaen llaw. Disgwylir y caiff awdurdodau iechyd y dasg o sicrhau (drwy gyfrwng trefniadau cydweithredol) fod ymddiriedolaethau'n darparu gwasanaethau o ansawdd dda, er y bydd y Cynulliad am ddatblygu trefniadau a fydd yn ei alluogi i fonitro cynnydd yn ofalus ac ymyrryd os aiff pethau o chwith.

6.16 Disgwylir i'r awdurdodau iechyd a'r Grwpiau Iechyd Lleol ddatblygu eu trefniadau eu hunain ar gyfer monitro perfformiad ymddiriedolaethau mewn perthynas â rheolaeth ariannol, faint o weithgarwch a gwblheir, ansawdd glinigol a glynau at flaenoriaethau lleol. Y prif fecanwaith ar gyfer y broses hon fydd y cytundebau hir-dymor rhwng Grwpiau Iechyd Lleol, awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau. Hwyrach y bydd yna adegau pan fydd y cytundebau hyn yn datgelu'r angen am ymyrraeth a chymorth ar ffurf arian byr-dymor oddi wrth y Cynulliad. O dan yr amgylchiadau hyn, disgwylir y bydd y Cynulliad a'r awdurdod iechyd o dan sylw yn cadw llygad rhyngddynt ar ddychweliad yr ymddiriedolaeth i sylfaen gostau dderbyniol. Bydd ymddiriedolaethau'n bartneriaid o bwys wrth baratoi Rhaglenni Gwella Iechyd, gyda'r cyfrifoldeb dros gyfrannu at dargedau'r awdurdodau ar gyfer gwella iechyd. Gall, felly, fod yn ofynnol iddynt ymuno'n ffurfiol â'r awdurdodau iechyd mewn trefniadau i adolygu perfformiad gan gynnwys, yn ôl yr angen, trwy gael eu cadeiryddion a'u prif weithredwyr i ymuno â'r awdurdodau mewn cyfarfodydd adolygu gyda'r Swyddfa Gymreig. Yn y pen draw, y Cynulliad fydd yn monitro perfformiad ymddiriedolaethau. Fel yn awr, caiff targedau ariannol allweddol eu monitro'n llym ar sail fisol neu chwarterol. Caiff perfformiad yn erbyn elfennau allweddol ar y cynllun blyneddol, blaenoriaethau cenedlaethol a lleol a chytundebau hir-dymor gyda'r awdurdodau iechyd ei adolygu yn rheolaidd (yn chwarterol fel rheol ond yn fisol yn eithriadol) i sicrhau bod ymddiriedolaethau'n cyflwyno gwasanaethau o ansawdd uchel i gleifion yn eu hardal.

6.17 Lle dangosir bod costau ymddiriedolaeth yn rhy uchel, cytunir ar raglen i'w lleihau rhwng yr awdurdod iechyd, y Grwp Iechyd Lleol a'r ymddiriedolaeth a fydd yn caniatáu i'r olaf barhau i gyflwyno gwasanaethau o ansawdd uchel tra'n anelu at sylfaen gostau dderbyniol o fewn cyfnod amser rhesymol. I bob pwrpas bydd y trefniant hwn yn disodli'r trefniadau contract presennol. Lle bydd ymddiriedolaethau yn methu â sicrhau cydbwysedd ariannol, disgwylir iddynt gytuno o hyd ar gynlluniau adfer gyda'r comisiynwyr a'r Cynulliad.

Atebolrwydd i'r Cyhoedd

6.18 Bydd yr ymddiriedolaethau'n parhau i gyhoeddi adroddiad blyneddol, ond caiff hwn ei ehangu i amlygu perfformiad yn erbyn gwerthoedd craidd tegwch, effeithlonrwydd, effeithiolrwydd, ymatebolrwydd i'r cyhoedd, atebolrwydd, integreiddio a hyblygrwydd. Disgwylir hefyd iddynt gyhoeddi crynodeb o'u cynllun gweithredol. Bydd cynlluniau gweithredol yn mynegi nodweddion Cytundeb Hir-dymor yr ymddiriedolaeth â'r awdurdod iechyd ac fe gaiff ei lofnodi gan yr awdurdod. Bydd gan bobl leol gyfle hefyd i gael gwybod am yr ymddiriedolaeth drwy gyfarfodydd agored y bwrdd ac fe ddylid annog aelodau o'r cyhoedd i fod yn bresennol yn y rhain. I gefnogi bwriad y Llywodraeth o wneud yr NHS yn fwy agored ac ymatebol, bydd yn

ofynnol i bob ymddiriedolaeth sefydlu trefniadau newydd i gynrychioli cleifion er mwyn rhoi ffocws i sylwadau'r cyhoedd a'r cleifion, goruchwyllo rhaglen o gysylltiadau cyhoeddus, cydgysylltu gwaith dosbarthu gwybodaeth ac ymateb i gwynion ac awgrymiadau.

6.19 Caiff cadeiryddion a chyfarwyddwyr anweithredol eu penodi gan y Cynulliad. Caiff holl aelodau anweithredol byrddau eu dewis a'u penodi o fewn y canllawiau a nodir gan Swyddfa'r Comisiynydd Seneddol dros Benodiadau Cyhoeddus (egwyddorion Nolan). Dewisir cadeiryddion a chyfarwyddwyr anweithredol yn ôl eu haeddiannau yn unig a chan roi sylw priodol i'w gallu i gyfrannu at redeg cyrff cymhleth, eu gwybodaeth o'r amgylchiadau a'r anghenion lleol ac yng ngoleuni canlyniadau'r ystyriaethau pellach a amlinellwyd ym mharagraff 3.41. Am bedair blynedd y bydd tymhorau swyddi'n para fel rheol.

6.20 Bydd aelodau gweithredol o fyrddau yn parhau i gael eu penodi o dan y trefniadau presennol, ond gyda swyddogion o'r Swyddfa Gymreig yn cymryd rhan hefyd fel aseswyr. Islaw hynny, mae'r mwyafrif o ymddiriedolaethau wedi datblygu trefniadau cadarn ar gyfer cyfarwyddiaethau clinigol i sicrhau bod y cyfrifoldeb dirprwyedig angenrheidiol yn cael ei roi i'r rhai sydd yn y sefyllfa orau i wneud penderfyniadau ynghylch gofal cleifion. Bydd yr ymarfer ailgyflunio yn arwain at lai o ymddiriedolaethau yng Nghymru ac at rai mwy eu maint a bydd yn bwysig sefydlu trefniadau rheoli cadarn i redeg y cyrff mawr hyn. Bydd yn ofynnol i'r ymddiriedolaethau sicrhau bod clinigwyr ar flaen y gad yn y trefniadau hynny.

6.21 Mae'r newidiadau hyn yn cyd-fynd â'r hyn y dangoswyd ei fod yn gweithio neu y mae ei angen. Byddant yn rhoi agenda ymestynnol newydd i ymddiriedolaethau a phartneriaeth, perfformiad ac ansawdd wrth ei chraidd. Byddant hefyd yn rhoi cymhelliant i ymddiriedolaethau ddod o hyd i'r atebion gorau i anghenion lleol, gan weithio gyda phobl leol.

CRYNODEB

Bydd ymddiriedolaethau'n parhau fel cyrff ymreolus, corfforaeth ôl yn eu hawl eu hunain ond byddant yn gweithio'n gynyddol yn gydwethredol gyda chyrff sy'n bartneriaid iddynt, yn enwedig Grwpiau Iechyd Lleol, i gyflwyno rhaglenni gofal integredig.

Byddant yn parhau i gynhyrchu cynlluniau blynyddol mewn ymateb i Raglenni Gwella Iechyd yr awdurdodau lleol a bydd yn ofynnol iddynt weithio gydag awdurdodau iechyd ar unrhyw ddatblygiadau sylweddol neu benderfyniadau buddsoddi. Byddant yn atebol i awdurdodau iechyd a Grwpiau Iechyd Lleol am faint o weithgarwch y bydd ei angen ac ansawdd y gweithgaredd hwnnw.

Bydd gwell effeithlonrwydd yn parhau yn bwysig; defnyddir meincnodi fel offeryn i ddinoethi perfformiad gwael ac i amlygu lle mae angen gwelliannau. Bydd hyn yn ffactor o bwys wrth ddatblygu Cytundebau Hir-dymor a fydd yn disodli contractau bynyddol.

Bydd ar ymddiriedolaethau ddyletswydd statudol newydd i gyfrannu at welliannau mewn iechyd ac ansawdd gwasanaethau iechyd.

Bydd y gweithdrefnau penodi'n deg ac yn wrthrychol ac yn seiliedig ar deilyngdod. Bydd yn ofynnol i ymddiriedolaethau sefydlu trefniadau newydd i holi'r farn leol, dod yn fwy eglur ac i ymateb i fuddiannau defnyddwyr.

7 POBL - EIN HASED FWYAF

Mae'r bennod hon yn nodi nodweddion y strategaeth adnoddau dynol a fydd yn adeiladu ar gryfderau ac ymrwymiad yr holl staff, i greu'r newidiadau mewn trefniadaeth a diwylliant y bydd yr NHS newydd yn galw amdanynt.

7.1 Ni fydd yr NHS newydd a nodir yn y Papur Gwyn hwn yn llwyddiannus ond os yw'r bobl sy'n gweithio ynddo yn gwneud iddo lwyddo wrth i'r pwysau gwaith wrth i'r gynyddu, mae clinigwyr a rheolwyr wedi cynyddu eu heffeithlonrwydd, wedi ymgynefino â dulliau newydd o weithio ac wedi wynebu newid trefniadol eang. Drwy'r cyfan, maent wedi ymateb yn broffesiynol ac effeithiol, gan gynnal ac ar lawer ystyr wella safonau gofal i gleifion. Mae nyrsys, bydwagedd, ymwelwyr iechyd a'r proffesiynau sy'n gysylltiedig â meddygaeth (PAMs) wedi ymateb yn ardderchog i'r broses hon drwy ddatblygu cwmipas eu hymarfer i fodloni anghenion gwasanaeth sy'n newid. Mae'r datblygiad hwn wedi'i seilio ar ddatblygiadau mewn addysg ac mae'n gyfraniad gwerthfawr at ofal iechyd.

7.2 Bydd y Papur Gwyn hwn yn gofyn am newidiadau pellach. Ni fyddant yn sydyn nac yn gythryblus, ond diben effaith gronol y cynigion a nodwyd ym mhenodau cynharach y Papur Gwyn hwn yw creu agenda radicalaidd ar gyfer newid trefniadaeth, ond yn fwy sylfaenol ar gyfer newid agweddau a pherthnasoedd. Bydd y Llywodraeth yn darparu cefnogaeth briodol i weithredu'r agenda hon a helpu rheolwyr i sicrhau bod gan y staff y modd i gyfrannu mor effeithiol ag yn y gorffennol o fewn y trefniadau arfaethedig newydd.

Y Gweithlu

7.3 Mae gallu'r NHS i drin cleifion yn dibynnu ar nifer ac ansawdd y staff sydd ar gael. Gwelwyd anawsterau recriwtio eisoes yn yr arbenigeddau meddygol, ac mewn nyrsio a grwpiau iechyd proffesiynol eraill. Bydd y Swyddfa Gymreig yn parhau felly i ganolbwyntio ar y mater hwn ac i weithio gyda'r Ysgol Addysg Feddygol a Deintyddol il-raddedig yng Ngholeg Meddygaeth Prifysgol Cymru, Sefydliadau Addysg Uwch a'r Grwp Addysg a Hyfforddiant i sicrhau y caiff adnoddau canolog eu targedu i fodloni'r galw yn y ffordd orau. Bydd yn parhau i ddatblygu mentrau sydd wedi'u teilwra i fynd i'r afael â phroblemau penodol. Er enghraifft, trefnwyd bod adnoddau ychwanegol ar gael eleni i ymddiriedolaethau er mwyn annog nyrsys i ddychwelyd i ymarfer trwy ddarparu 'Cyrsgau Nôl i Nyrsio'. Bydd y Swyddfa Gymreig hefyd yn parhau i adolygu yn genedlaethol y niferoedd sy'n mynd i mewn i feddygaeth a hefyd yn cefnogi'r cynnydd a wnaethpwyd i gynyddu'r nifer o nyrsys a'r PAMs sy'n hyfforddi.

7.4 Mae'r Llywodraeth yn deall pwysigrwydd rhoi blaenoriaeth i recriwtio a chadw staff yn yr NHS Cymru newydd. Mae adolygiad eisoes wedi'i gynnal ar rai o'r materion ynglŷn â datblygu gyrfa PAMs. Ymhlith y nifer fawr o faterion a nodwyd i'w gweithredu mae materion megis pwysau gwaith, diffyg cydnabyddiaeth i statws, cyflogau cymharol wael, a cholli strwythur gyrfa. Cyhoeddir yr adroddiad y mis yma. Mae'r Swyddfa Gymreig yn bwriadu defnyddio canlyniadau'r adolygiad hwn i adolygu'r gwerthoedd hynny sy'n bwysig i'r staff a gweithio gyda grwpiau perthnasol er mwyn rhoi argymhellion ar waith a rhannu'r gwersi'n ehangach o fewn yr NHS yng Nghymru.

7.5 I fynd i'r afael â'r anawsterau a wynebier gan yr NHS yng Nghymru, bydd y Swyddfa Gymreig yn ffocysu ar ddau brif faes - rheoli adnoddau dynol ac ymrwymiad y Llywodraeth i addysg a hyfforddiant.

Strategaeth Adnoddau Dynol

7.6 Ym mis Tachwedd 1991 cyhoeddwyd *PEOPLE: Personnel Principles for NHS Wales*. Ei ddiben oedd nodi'r prif egwyddorion sy'n sail i bolisiau adnoddau dynol effeithiol a'i gwneud yn ofynnol bod rheolwyr yn paratoi eu strategaethau lleol eu hunain yn y sectorau sylfaenol ac eilaidd. Mae'r prif themâu canlynol:

- Rheoli Perfformiad
- Cydraddoldeb Cyfle
- Cyfathrebu Agored
- Cynllunio i'r Dyfodol
- Pwyslais Lleol
- Effeithlonrwydd ac Effeithiolrwydd

yn parhau'n gymwys i anghenion adnoddau dynol y byd sydd ohoni. Serch hynny, bydd angen i'r gwasanaeth eu hadolygu er mwyn adlewyrchu'r newidiadau sydd wedi digwydd, a helpu i ategu'r agenda a bennir yn y Papur Gwyn hwn. Gyda'r Adrannau Iechyd eraill, mae'r Swyddfa Gymreig yn ymgynghori ar reolaeth adnoddau dynol ar draws NHS Cymru, er mwyn

mynd i'r afael yn benodol â'r angen am gyfeiriad strategol eglur ar y lefel genedlaethol.

7.7 Y materion allweddol sy'n cael sylw yw:

- bydd ymddiriedolaethau NHS yn cadw eu rôl fel cyflogwyr lleol o fewn yr NHS. Mewn gwasanaeth iechyd gwladol, mae'r cymysgedd cyfredol o gontractau cenedlaethol a lleol yn ymrannus a chostus. Amcan y Llywodraeth felly ar gyfer y tymor hwy yw gweld cyflog cenedlaethol yn cael ei dalu i staff, os gellir cyfuno hyn â hyblygrwydd lleol ystyrlon, am fod y telerau gwasanaeth cenedlaethol cyfredol ar gyfer llw o grwpiau staff yn cael eu cyfrif yn annheg ac anhyblyg. Mae trafodaethau cynnar ynglyn â'r materion hyn eisoes ar waith gyda sefydliadau staff a chyflogwyr yr NHS;
- rhoi cysylltiadau diwydiannol da wrth graidd yr NHS newydd. Mae datblygu parhaus yn NHS Cymru yn bwysig oherwydd y manteision hysbys a all ddeillio ohono yn nhermau ei allu i gystadlu yn y farchnad lafur;
- cyfansoddiad gweithlu'r NHS yn y dyfodol. Mae mwy o hyblygrwydd mewn patrymau ac arferion gweithio yn bwysig os bwriedir i'r NHS yng Nghymru ymateb i anghenion cleifion a bodloni'r heriadau a ddisgrifir yn y Papur Gwyn hwn. Mae yna newidiadau i'r staff proffesiynol, gan gynnwys pwyslais cynyddol ar effeithiolrwydd clinigol a chyflwyno addysg aml-broffesiwn; yr hyfforddiant cofrestrwydd arbenigol newydd i feddygon; a datblygiad proffesiynol parhaus gorfodol i nyrsys yn gysylltiedig â chofrestru parhaus a'r hawl i ymarfer. Ceir fframwaith statudol i reoleiddio'r proffesiynolion gofal iechyd. Serch hynny, rhaid i'n pwyslais fod ar fwy o hyblygrwydd o fewn y strwythurau hynny sydd eisoes yn bodoli ac ar adeiladu ar ddatblygiadau sydd eisoes wedi'u cychwyn. Un enghraifft bwysig yw gwaith Tasglu y Prif Swyddog Nyrsio ar Addysg ac Ymarfer Parhaus sydd ar hyn o bryd yn gwneud gwaith a fydd yn sicrhau gweithlu hyblyg o Nyrsys, Bydwagedd ac Ymwelwyr Iechyd yng Nghymru wedi'u cymhwyso'n briodol i fodloni'r newid yn yr agenda. O ganlyniad i'r gwaith hwn, bydd fframwaith strategol yn cael ei gytuno gyda'r prif fuddiannau erbyn Rhagfyr 1998;
- hyrwyddo cydraddoldeb o fewn NHS Cymru er mwyn sicrhau y datblygir gweithlu sy'n gymwys i ddiwallu anghenion amrywiol y boblogaeth y mae'n ei gwasanaethu. Bydd yr Uned Gydraddoldeb yn parhau i gydweithio ag NHS Cymru i ddatblygu hyn ymhellach i gynnig cyfleoedd teg a chyfartal i bawb. Rhoddir pwyslais ar ddau brif faes: nodi cyfleoedd i ryddhau galluoedd posibl y gweithlu sy'n bodoli eisoes, a chefnogi staff drwy arferion cyflogaeth mwy creadigol a hyblyg. Am mai menywod yw 80% o weithlu'r NHS, bydd polisiau cydnaws â'r teulu yn parhau yn rhan bwysig o gadw staff ac o fantais i'r rheolwyr a'r staff fel ei gilydd.

Addysg a Hyfforddiant

7.8 Bydd addysg a hyfforddiant y staff yn parhau yn elfen allweddol wrth gyflwyno'r newidiadau. Ar hyn o bryd, mae dros £73 miliwn yn cael ei wario o gronfa a weinyddir yn ganolog ar ddarparu addysg a hyfforddiant o fewn NHS Cymru ar gyfer proffesiynolion gofal iechyd meddygol ac anfeddygol. Bu strategaeth 'Tuag at 2000' a gyflwynwyd ym 1993 yn fodd i ganoli arian i ddiogelu addysg cyn-cofrestru anfeddygol ac felly gwella'r potensial ar gyfer bodloni'r anghenion a nodwyd trwy gynlluniau gweithlu. Mae'r trefniadau wedi ennill eu plwyf yn dda ond mae angen parhau i weithio; erbyn Gorffennaf 1998, felly, byddwn yn adolygu anghenion staff practisau gofal sylfaenol i adlewyrchu'r newidiadau yn anghenion yr NHS yn well. Bydd hyn yn cael ei atgyfnerthu drwy gyfrwng Cynlluniau Datblygu Practisau.

7.9 Bydd hyn yn adeiladu ar fenter sy'n cael ei chynnal ar hyn o bryd drwy ddefnyddio Cronfa Datblygu Gofal Sylfaenol newydd. I gydnabod yr anawsterau a wynebwr gan bractisau â niferoedd gweithlu isel wrth ryddhau staff at ddibenion addysg a hyfforddiant, yr ydym wedi neilltuo £500,000 i sefydlu rhaglen i wella datblygiad practisau. Ar hyn o bryd, yr ydym mewn trafodaethau cyson gyda'r Ysgol Addysg Feddygol Ôl-raddedig a sefydliadau eraill sydd â diddordeb mewn gofal sylfaenol, ynglyn â'r defnydd mwyaf effeithiol o'r arian hwn.

7.10 Mae'r Swyddfa Gymreig yn cydnabod hefyd fod trefniadau 'Tuag at 2000' yn wahanol i drefniadau addysg feddygol; mae angen mwy o integreiddio. Ym 1998 byddwn yn ceisio nodi'r meysydd hynny lle y gellir cyflawni mwy o gydweithrediad; gallai datblygiad proffesiynol parhaus ôl-gofrestru fod yn ffocws allweddol. Bydd y Swyddfa Gymreig hefyd yn parhau i weithio ar y cyd â Choleg Meddygaeth Prifysgol Cymru ar gyfraniad addysg at waith rhyng-broffesiynol.

7.11 Nid yw'r angen am addysg a hyfforddiant yn gyfyngedig i staff clinigol. Mae datblygu rheolwyr yn faes arwyddocaol arall. Cytunwyd ym 1995 mai yn nwylo NHS Cymru y dylai'r cyfrifoldeb dros hyfforddi rheolwyr fod, a'r awdurdodau iechyd sydd bellach yn ariannu'r cynlluniau hyn drwy Goleg Staff yr NHS. Hefyd, mae'r Swyddfa Gymreig yn chwilio am gyfleoedd eraill, ar sail Cymru a Lloegr, gydag Uned Datblygu Gweithredol yr NHS. Yn fwyaf diweddar, mae hyn wedi golygu cyfleoedd i uwch-reolwyr wneud cais am gofrestru gyrfa, unwaith eto gyda chymorth y Coleg Staff yng Nghymru.

7.12 Mae ymrwymiad i Safonau Galwedigaethol Cenedlaethol a Chymwysterau Galwedigaethol Cenedlaethol wedi talu ar ei ganfed drwy gydnabod cymwysterau staff. Daw datblygiad pellach yn sgil sefydlu'r Cyrff Hyfforddi Cenedlaethol (NTOs)

newydd. Diben y fenter hon o waith yr Adran Addysg a Chyflogaeth yw helpu cyflogwyr a gweithwyr i fodloni eu hanghenion am hyfforddiant ac addysg yn eu sectorau. Bydd yr NTO gofal iechyd yn alinio cyfleoedd yn agosach â datblygiadau ym mlaenoriaethau'r gwasanaeth a'r medrau y mae eu hangen i ymateb i newid. Ar hyn o bryd yr ydym ni a'r Adrannau Iechyd eraill yn gweithio gyda Chyddfederasiwn yr NHS a phartneriaid gofal iechyd eraill o'r sectorau preifat, gwirfoddol ac annibynnol i sefydlu'r NTO ym mis Ebrill 1998.

7.13 Bydd y newidiadau hyn, a'r newidiadau eraill a gyflwynir yn y Papur Gwyn hwn, yn cynnig cyfleoedd newydd i staff ymleoli mewn meysydd lle mae'r gwasanaeth o dan bwysau, ymestyn ffiniau proffesiynol a darparu gwell gwasanaethau i gleifion. Bydd y rhain i gyd yn galw am ymdrech tîm ac yn arwain at bwysleisio'r angen i adolygu'r amrediad llawn o wasanaethau sydd ar gael er mwyn defnyddio medrau'r staff yn NHS Cymru yn y ffordd fwyaf effeithiol. Os na lwyddwn i gydnabod a hybu datblygiad yr amrediad eang o fedrau a gwasanaethau a ddefnyddir gan yr NHS presennol, byddwn yn colli cyfle i ddarparu gofal gwell, mwy integredig ac yn mentro gadael anghenion heb eu bodloni. Mewn partneriaeth â'r NHS yng Nghymru, byddwn yn helpu'r staff i fwrw ymlaen â'r agenda hon.

CRYNODEB

Bydd y Swyddfa Gymreig yn parhau i adolygu nifer y proffesiynolion gofal iechyd sydd mewn hyfforddiant er mwyn bodloni cynlluniau'r gweithlu yn y ffordd orau posibl.

Byddwn yn gweithio ag NHS Cymru yn ystod 1998 i wella strwythur a datblygiad gyrfaedd ar gyfer PAMs.

Byddwn yn adolygu'r strategaeth Adnoddau Dynol gyfredol ar gyfer NHS Cymru er mwyn ei halinio â'r agenda gyfredol.

Bydd y Swyddfa Gymreig yn adolygu trefniadau 'Tuag at 2000' er mwyn adlewyrchu anghenion gofal sylfaenol ac anghenion practisau yn well.

Ar y cyd ag Adrannau eraill byddwn yn gweithio tuag at sefydlu Sefydliad Hyfforddi Cenedlaethol ar gyfer Gofal Iechyd.

Bydd y Swyddfa Gymreig yn parhau i gefnogi datblygiad medrau rheolwyr er mwyn gweithredu'r newidiadau trefniadol a diwylliannol sy'n deillio o'r Papur Gwyn hwn.

sylwadau

8 SUT Y BYDD YR ARIAN YN LLIFO

Mae NHS Cymru'n defnyddio llawer iawn o adnoddau. Cynlluniwyd y mecanweithiau presennol ynglyn ag adnoddau i roi sylw i'r strwythur marchnad hen ffasiwn. Mae'r Llywodraeth yn credu y bydd y mesurau a gynigir yn y bennod hon yn caniatáu'r defnydd gorau ar adnoddau o fewn yr NHS diwygiedig; yn sicrhau bod yr NHS yn parhau'n atebol am ei weithredoedd; ac y ceir y gwerth gorau am bob punt a gaiff ei gwario yn yr NHS er mwyn sicrhau'r canlyniad gorau i gleifion.

8.1 Yr NHS yw'r gwariwr mwyaf ond un ar adnoddau'r sector cyhoeddus yng Nghymru, gan gyfrif am bron £2.4 biliwn o wariant cyhoeddus yn y flwyddyn ariannol bresennol, sef 34% o holl wariant y Swyddfa Gymreig. Mae'r Llywodraeth wedi ymrwmo i gynyddu cyfanswm y gwariant ar yr NHS mewn termau real yn ystod pob blwyddyn o'r Senedd bresennol. Mae eisoes wedi gweithredu i wireddu'r addewid hon:

- trefnwyd bod £9.5 miliwn ychwanegol ar gael yn y flwyddyn ariannol gyfredol i helpu'r NHS i ymdopi â'r cynnydd aruthrol mewn derbyniadau meddygol brys a ddisgwyllir yn ystod misoedd y gaeaf;
- yn ei ddatganiad ar y gyllideb ym mis Gorffennaf, cyhoeddodd y Canghellor £60.2 miliwn ychwanegol ar gyfer NHS Cymru ym 1998-99. Mae hyn yn ychwanegol at y cynnydd cynlluniedig mewn gwariant ac mae'n golygu y ceir twf o fwy na 2% mewn termau real yn y flwyddyn ariannol nesaf.

8.2 Ond nid yw'n ddigon i'r Llywodraeth ddarparu rhagor o arian. Mae'n bwysig bod yr arian hwn yn cael ei wario'n dda a'i ddefnyddio'n effeithiol i uchafu gofal cleifion; i sicrhau gwerth am arian am bob punt a gaiff ei gwario; ac i leihau'r swm a gaiff ei wario ar fiwrocratiaeth ddiangen a gweithdrefnau clinigol aneffeithiol. Gall yr NHS wneud gwell defnydd ar yr adnoddau sydd eisoes ar gael iddo. Bydd y newidiadau a amlinellir yn y Papur Gwyn hwn yn lleihau hyd at £10 miliwn y flwyddyn ar gostau. Caiff yr arbedion hyn eu hailfuddsoddi mewn gofal i gleifion. Mae gweddill y bennod hon yn disgrifio sut y caiff arian ei ddrynnu i'r NHS o dan y trefniadau newydd a gynigir mewn mannau eraill yn y Papur Gwyn; sut y bydd yr NHS yn atebol am wario'r arian hwn; a sut y byddwn yn sicrhau gwerth am arian.

Dyraniadau

8.3 Caiff y rhan fwyaf o lawer o adnoddau'r NHS eu dyrannu'n uniongyrchol i'r awdurdodau iechyd er mwyn iddynt benderfynu ar eu blaenoriaethau ar gyfer gwario'n lleol. Caiff y gweddill ei gadw mewn nifer o gyllidebau a reolir yn ganolog o fewn Adran Iechyd y Swyddfa Gymreig, i'w wario ar flaenoriaethau cenedlaethol cytûn; er enghraifft, ar addysg a hyfforddiant proffesiynol i feddygon a nyrsys newydd. Mae'r Llywodraeth yn bwriadu cadw'r system hon ond bydd yn adolygu'r rhaniad o gyfrifoldebau rhwng yr Adran Iechyd a'r awdurdodau iechyd yn barhaus gyda golwg ar sicrhau bod arian yn cael ei wario mor effeithiol â phosibl. Yn benodol, bydd y Cynulliad yn goruchwyllo gwaith i ddarparu gwasanaethau arbenigol neu genedlaethol penodol yn uniongyrchol.

8.4 Mae'r Swyddfa Gymreig eisoes wedi sefydlu Gweithgor Dyrannu Adnodau i adolygu'r fformwla ddrynnu bresennol sy'n pennu'r cyfrannau a gaiff ardal pob awdurdod iechyd gyda golwg ar benderfynu ar ddryniad tecach o adnoddau sy'n diwallu anghenion penodol y gwahanol ardaloedd o fewn Cymru yn well. Yn benodol, rhoddwyd cyfrifoldeb i'r Gweithgor dros y dasg o sicrhau gwell cydnabyddiaeth o effaith prinder poblogaeth wledig ac amddifadedd trefol ar anghenion iechyd a'r dryniad adnoddau yn eu sgil. Bydd y Swyddfa Gymreig yn ymgynghori ar argymhellion y Gweithgor yn fuan a bydd yn gweithredu'r argymhellion y cytunir arnynt mewn pryd ar gyfer y flwyddyn ariannol 1999-2000. Gall y bydd angen gweithredu unrhyw newidiadau yn raddol dros nifer o flynyddoedd er mwyn osgoi unrhyw amharu diangen ar wasanaethau.

8.5 Bydd angen i awdurdodau iechyd wneud dyraniadau dirprwyedig i'r Grwpiau Iechyd lleol. Rhaid i'r fformwla ddrynnu fod yn ddigon cadarn i ganiatáu gwneud dyraniadau ar y lefel is hon ar sail poblogaethau llai eu maint. Bydd y Llywodraeth yn rhoi'r data angenrheidiol i'r awdurdodau iechyd i wneud is-ddyraniadau o'r fath. Mater i'r awdurdodau iechyd fydd penderfynu faint o gyfanswm eu cyllideb ddewisol a gaiff ei dirprwyo i'r Grwpiau Iechyd lleol. Hwyrach y byddant am gadw rhai adnoddau'n ganolog lle y gellir prynu gwasanaethau ar sail fwy effeithiol ar draws poblogaeth fwy; hwyrach hefyd y byddant am ystyried neilltuo rhyw elfen o adnoddau, cyn eu dyrannu, i'w buddsoddi mewn meysydd penodol lle caiff gwasanaethau eu darparu ar hyn o bryd ar safon is nag mewn mannau eraill neu lle mae angen newid strategol. Câi arian o'r fath ei ddychwelyd i'r dryniad fformwla i'r Grwpiau Iechyd Lleol yn y blynyddoedd wedyn.

8.6 Caiff cyllidebau eu dirprwyo i Grwpiau Iechyd Lleol a'u gweithredu o fewn y terfyn arian parod hwnnw. Bydd Grwpiau Iechyd Lleol yn gallu gwneud penderfyniadau ynglyn â pha wasanaethau y dymunant eu comisiynu a chan ba ddarparwyr ond ar y dechrau bydd yr atebolrwydd gweithredol yn parhau yn nwylo'r awdurdod iechyd. Effaith hyn fydd lleihau'r gorbenion

biwrocraidd y bydd ar Grwpiau Iechyd Lleol eu hangen tra'n sicrhau bod yr awdurdodau iechyd yn cadw crynswth critigol yr arbenigedd technegol sy'n angenrheidiol i gyflwyno gwasanaeth effeithlon. Wrth i Grwpiau Iechyd Lleol ddangos aeddfedrwydd ariannol ac aeddfedrwydd rheoli, felly rhoddir iddynt fwy o ryddid ariannol yn unol â'r darpariaethau a nodwyd ym Mharagraff 4.32.

8.7 Dim ond un rhan o gyllideb y Grwp Iechyd Lleol a gaiff ei neilltuo ymlaen llaw a hynny i ddarparu adnoddau ar gyfer Cronfa Datblygu Gofal Iechyd newydd. Diben hyn fydd cefnogi datblygu gwasanaethau y tu allan i ysbytai a chaniatáu i bractisau gadw neu ddatblygu gwasanaethau sydd y tu allan i gwmpas hen drefniadau'r GMS. I ddeiliaid cronfeydd yn unig y bu'r cyfleoedd hyn ar gael o'r blaen ond bellach bydd pob practis yn gallu manteisio arnynt. Caiff yr awdurdod iechyd ddisgresiwn dros y swm sydd i'w neilltuo, yn ddarostyngedig i leiafswm sydd i'w benderfynu gan y Cynulliad.

8.8 Er mwyn hyrwyddo'r defnydd gorau ar adnoddau, bydd y Llywodraeth yn rhoi'r arwydd cynharaf posibl i'r awdurdodau lleol o'u dyraniad ar gyfer y dyfodol. Bydd y Llywodraeth hefyd yn ceisio rhoi'r rhagdybiaethau cynllunio cryfaf posibl i'r awdurdodau lleol am gyfnod o hyd at dair blynedd o flaen y cylch ariannol cyfredol. Dylai hyn yn ei dro ganiatáu i'r awdurdodau iechyd roi hysbysiad amserol i'w Grwpiau Iechyd Lleol o'u cyllidebau; gan eu galluogi i gynnal trafodaethau ystyrlon gyda darparwyr yn y sectorau gofal sylfaenol ac eilaidd ar y cyfle cynharaf posibl.

8.9 Mae'r Llywodraeth yn credu y bydd y trefniadau hyn yn sicrhau bod gwasanaethau'n cael eu comisiynu ar lefel briodol, gan gyfuno ymatebolrwydd i anghenion lleol ag effeithlonrwydd a sylw dyledus i flaenoriaethau cenedlaethol.

Cyfalaf

8.10 Fel gyda rhannau eraill o'r sector cyhoeddus, disgwylir i'r NHS brofi projectau cyfalaf gyda'r sector preifat fel rhan o'r Fenter Cyllid Preifat (PFI). Yn y gorffennol diweddar caniatwyd i'r polisi hwn lywodraethu patrwm datblygiadau cyfalaf, gyda'r datblygiadau hynny a oedd yn ddeniadol i'r sector preifat yn debychach o fynd ymlaen na'r rhai nad oedd. Yr oedd hyn yn diystyru galwadau dilys cynllunio strategol. Cyn hir bydd y Llywodraeth yn cyhoeddi canllawiau i'r NHS ar ailsefydlu rhaglen gyfalaf reoledig - gan gynnwys cyfalaf y sector cyhoeddus ac ymagwedd y PFI. Craidd yr ymagwedd hon yw'r angen i'r awdurdodau iechyd ddatblygu cynlluniau strategol a fydd yn darparu cyd-destun y gellir pwyso a mesur cynlluniau cyfalaf unigol yn ei erbyn. Nid yw'r Llywodraeth yn bwriadu i'r Grwpiau Iechyd Lleol fynd yn gyfrifol am y broses gyfalaf. Ond fe fyddant yn bartneriaid yng ngwaith cynllunio strategol yr awdurdodau iechyd; ac ymgynghorir â hwy am brojectau cyfalaf unigol.

Darparu Hyblygrwydd a Rheolaeth

8.11 Mae'r adnoddau a gaiff eu pleidleisio gan y Senedd ar gyfer yr NHS yng Nghymru naill ai o dan derfyn arian parod neu heb derfyn arian parod. Yn gyffredinol, caiff adnoddau â therfyn arian parod eu gwario ar wasanaethau ysbytai ac iechyd cymunedol ac mae'r rhan helaethaf ohonynt yn ffurfio'r dyraniad dewisol ar gyfer yr awdurdodau iechyd. Caiff adnoddau heb derfyn arian parod eu harwain gan y galw ac fe gânt eu gwario ar ddarparu gwasanaethau iechyd teulu gan feddygon deintyddion, optegwyr a fferyllwyr.

8.12 Mae'n bwysig bod trefniadau ar gyfer ffrydiau cyllid yn galluogi clinigwyr i wneud penderfyniadau ynghylch dewisiadau triniaeth cost-effeithiol ac yn cynnig cyfle i adleoli cyllid i ategu eu penderfyniadau. Y gwir amdani yw mai un yn unig o ystod o ddewisiadau triniaeth sydd ar gael i GPs yw rhagnodi cyffuriau. Mae yna fanteision amlwg i'w cael mewn caniatáu hyblygrwydd lleol ar draws y gyllideb gyffuriau, cronfeydd gwasanaethau ysbytai ac iechyd cymunedol, ar gyfer gofal mwy cost-effeithiol a sicrhau gwell gwerth cyffredinol o fewn cyfanswm yr adnoddau sydd ar gael at ofal iechyd. Mae'r Llywodraeth wedi penderfynu ei bod yn iawn creu un ffrwd o arian i gynnwys gwasanaethau ysbytai ac iechyd cymunedol, rhagnodi gan GPs a staff, eiddo a chyfrifiaduron GPs. Effaith hyn fydd rhoi mwy o hyblygrwydd i glinigwyr Grwpiau Iechyd Lleol o fewn cyllidebau cyffredinol i benderfynu beth yw'r driniaeth iawn ac i gael gafael ar adnoddau i'r claf. Ar yr un mae'n rhoi mwy o reolaeth dros y gyllideb gyffuriau sydd at ei gilydd yn tyfu o ran ei chost flwyddyn ar ôl blwyddyn ar gyfradd sydd lawer uwch na chwyddiant bras.

Gwerth am Arian

8.13 Mae'r Llywodraeth yn credu ei bod yn bwysig i'r NHS roi gwerth am arian a gweithredu mor effeithlon â phosibl. I'r diben hwn, bydd y Llywodraeth yn parhau i fynnu bod awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau'n sicrhau arbedion effeithlonrwydd flwyddyn ar ôl blwyddyn. Mewn corff £2.4 biliwn, ni ellir dadlau nad oes cyfle am effeithlonrwydd pellach. Serch hynny, mae'r Llywodraeth yn credu bod y polisi o osod gofyniad effeithlonrwydd unfurf ar holl gyrff yr NHS ar yr un lefel wedi mynd i eithafion ac na all sicrhau gwelliannau go iawn mwyach. Gan hynny, mae'r Llywodraeth yn cynnig mai 1998-99 fydd y flwyddyn olaf lle y gorfodir gofyniad o'r fath ar yr NHS. Yn lle'r ymagwedd lawdrwm hon tuag at effeithlonrwydd, mae'r Llywodraeth yn bwriadu datblygu ymagwedd fwy soffistigedig at effeithlonrwydd, gyda golwg ar

sefydlu gwahanol dargedau effeithlonrwydd ar gyfer yr ymddiriedolaethau unigol a sicrhau gwell effeithlonrwydd trwy ymagwedd fwy holistaidd, fel yr un sy'n cael ei datblygu o fewn llywodraeth leol.

8.14 Yn draddodiadol, bu'n rhaid i gostau rheolaeth sicrhau eu cyfran hwythau wrth sicrhau gwell effeithlonrwydd. Mae'n amlwg bod rhaid i hyn barhau. Mae'r Llywodraeth yn credu y dylai adnoddau gwerthfawr sydd ar hyn o bryd o dan glo yn sgil rheoli marchnad fewnol artiffisial gael eu rhyddhau i dalu am well gofal i gleifion. Yn benodol, caiff lwfansau rheoli deiliaid cronfeydd eu hailgylchu i gefnogi gweithrediad y Grwpiau Iechyd Lleol. Ond ni ddylid caniatáu i hyn fynd yn ymgyrch yn erbyn rheolwyr yr NHS. Er bod angen torri biwrocratiaeth wastraffus allan o'r system, mae'r Llywodraeth yn cydnabod bod angen rheoli corff hynod o gymhleth, fel yr NHS Modern yn dda a bod rheolwyr yr NHS yn gwneud gwaith gwerthfawr. Mae awdurdodau iechyd ac ymddiriedolaethau Cymru eisoes yn gweithredu ar orbenion rheoli sy'n is na'u cymheiriaid yn Lloegr. Felly, nid yw'r Llywodraeth yn bwriadu sefydlu targedau na thoriadau mympwyol pellach ar gostau rheolaeth, ond fe fydd yn disgwyl i'r rheolwyr sicrhau eu cyfran hwy o well effeithlonrwydd yn yr NHS modern.

8.15 Mae'r Llywodraeth yn bryderus nad yw cyrff yr NHS yn rhoi digon o sylw i ddarganfyddiadau astudiaethau 'Gwerth am Arian' a gynhaliwyd gan y Swyddfa Archwilio Genedlaethol a'r Comisiwn Archwilio. Mae'r astudiaethau hyn, ynghyd â gwaith cyffelyb a wneir gan Uned VFM NHS Cymru, yn aml yn nodi arbedion sylweddol y gellid eu gwreiddu pe bai'r awdurdodau iechyd a'r ymddiriedolaethau'n gweithio yn unol ag arferion da sydd wedi'u sefydlu. Mae'r Llywodraeth yn bwriadu sefydlu mecanweithiau i sicrhau bod cyrff iechyd yn ymateb yn briodol i ddarganfyddiadau astudiaethau o'r fath a bod arbedion yn cael eu sicrhau mewn gwirionedd.

8.16 Yn ychwanegol, bydd y Swyddfa Gymreig yn sefydlu Grwp Gwerthuso Polisi Iechyd. Bydd y Grwp hwn yn sicrhau bod pob polisi iechyd newydd a phob prif newid ym maes gwasanaethau yn cynnwys cynigion cyflawn ar gyfer gwerthuso ar y dechrau; a bod y gwerthuso'n digwydd wedyn a'r darganfyddiadau'n cael eu gweithredu. Mae gwerthuso cywir yn offeryn arwyddocaol i sicrhau bod datblygiadau polisi'n cyflwyno'r hyn a ddisgwylir ac i sicrhau'r canlyniad gorau o wariant cyhoeddus.

Atebolrwydd

8.17 Sefydliad cyhoeddus yw'r NHS, yn gwasanaethu'r cyhoedd ac yn gwario arian y cyhoedd. Mae'n bwysig ei fod yn atebol mewn modd priodol a chyhoeddus am ei weithrediadau, ac yn benodol am y ffordd y mae'n gwario arian y trethdalwyr.

8.18 Ar lefel cyfanswm gwariant yr NHS yng Nghymru, Cyfarwyddydd Adran Iechyd y Swyddfa Gymreig yw'r Swyddog Cyfrifo. Yn ogystal â bod yn gyfrifol i'r Gweinidogion (i'r Cynulliad yn y dyfodol) a'r Swyddog Cyfrifo'n uniongyrchol atebol i'r Senedd ac i Bwyllgor Cyfrifon Cyhoeddus Ty'r Cyffredin am gynnal busnes y Gwasanaeth Iechyd Gwladol yng Nghymru ac am y ffordd y defnyddir adnoddau iechyd yng Nghymru.

8.19 I'w helpu yn y cyfrifoldebau hyn, cefnogir y Swyddog Cyfrifo gan strwythur o swyddogion atebol. Penodir prif weithredwyr awdurdodau iechyd, awdurdodau iechyd arbennig ac ymddiriedolaethau NHS gan y Swyddog Cyfrifo fel swyddogion atebol. I bob pwrpas, mae'n dirprwyo rhan o'i gyfrifoldebau i swyddog atebol ym mhob corff NHS sydd wedyn yn gyfrifol am sicrhau bod y corff hwnnw'n cynnal ei fusnes yn unol â'r safonau uchaf o gywirdeb, priodoldeb a rheoleidd-dra ac yn gyfrifol am sicrhau nad oes unrhyw gamddefnyddio ar arian cyhoeddus.

8.20 Mae'r Llywodraeth yn bwriadu i'r trefniant hwn barhau i weithredu. Er ei bod yn bwysig i bob un o gyrff allweddol yr NHS gael ei swyddog atebol ei hun, mae hi yr un mor bwysig na ddylid gweld swyddi atebol yn lluosogi'n ddiangen. Gan hynny, bydd pob Grwp Iechyd Lleol yn penodi swyddog, gyda chyfrifoldebau pendant dros reolaeth ariannol, a fydd yn atebol yn bersonol i swyddog atebol yr awdurdod iechyd. Bydd Grwpiau Iechyd Lleol yn adrodd i'w hawdurdod iechyd a byddant yn atebol am eu defnydd ar arian cyhoeddus ac am briodoldeb eu penderfyniadau trwy swyddog atebol yr awdurdod iechyd.

CRYNODEB

Mae'r Llywodraeth wedi ymrwymo i gynyddu cyfanswm y gwariant ar yr NHS mewn termau real ymhob blwyddyn o'r Senedd bresennol; mae adnoddau newydd eisoes wedi'u cyhoeddi.

Bydd y Llywodraeth yn cyflwyno system decach ar gyfer dyrannu adnoddau i'r awdurdodau iechyd.

Caiff Grwpiau Iechyd Lleol gyfle i gymryd mwy a mwy o gyfrifoldeb dros gyllidebau lleol wrth iddynt ddatblygu aeddfedrwydd ariannol ac aeddfedrwydd rheoli.

Bydd gan Grwpiau Iechyd Lleol swyddogion gyda chyfrifoldeb diffiniedig dros reolaeth ariannol.

Bydd y Llywodraeth yn cymryd camau cyn hir i ailsefydlu rhaglen gyfalaf reoledig ar sail Cynlluniau Gwella Iechyd yr awdurdodau iechyd, a barn y Grwpiau Iechyd Lleol yn eu bwydo.

Diddymir ffiniau artiffisial rhwng ffrydiau ariannu er mwyn rhoi mwy o hyblygrwydd i glinigwyr benderfynu ar driniaethau priodol i'w cleifion.

Cyflwynir trefniadau newydd, mwy soffistigedig a thecach ar gyfer gwella effeithlonrwydd.

Mae'r Llywodraeth yn bwriadu sefydlu mecanweithiau i sicrhau bod cyrff iechyd yn ymateb yn briodol i ddarganfyddiadau astudiaethau Gwerth am Arian.

sylwadau

9 GWNEUD I'R CYFAN DDIGWYDD

9.1 Yn y Papur Gwyn hwn, nodir agenda radicalaidd ond hanfodol ar gyfer NHS Cymru a'i bartneriaid. Agenda ar gyfer cynnydd esblygol yw hon. Nid oes ar yr NHS angen aflonyddwch strwythurol costus pellach ond mae arno angen newid lle gall cleifion fod ar ei hennill, ac mae'n dymuno'r newid hwnnw. Mae'r Llywodraeth yn rhannu'r farn hon ac yn dod at y rhaglen o newid gydag ymrwymiad i wella'r NHS flwyddyn ar ôl blwyddyn. Wrth weithredu'r cynigion, mae angen i bob corff gydbwysu manteision newid yn erbyn costau aflonyddwch ac ansicrwydd, tra'n cynnal y gwasanaethau i gleifion. Yn benodol, rhaid i gleifion allu dibynnu ar y canlynol:

- mynediad prydlon i wasanaethau integredig ym maes gofal sylfaenol/cymunedol;
- mynediad prydlon i ofal brys;
- pwysau cyson i ostwng amserau aros;
- gwasanaeth ymatebol o ansawdd gan glinigwyr ac eraill y deuant i gysylltiad â hwy.

9.2 Am y rhesymau hyn, yn ogystal â'r mesurau y mae eu hangen i integreiddio'r gweithredu o greu'r Cynulliad, bydd y Swyddfa Gymreig yn cydweithredu â chyrrff yr NHS, cyrff proffesiynol ac eraill i gyflwyno'r newidiadau arfaethedig yn raddol. Er hynny, mae bwriad cadarn y diwygiadau'n radicalaidd ac yn bell-gyrhaeddol; rhaid i'r NHS newydd:

- adlewyrchu ystod lawn ei amcanion, gan gynnwys gwella iechyd yn ogystal â darparu gofal o ansawdd uchel;
- mynd i'r afael ag amrywiadau annerbyniol mewn ansawdd a pherfformiad fel y gall y gwasanaeth, unwaith eto, ddod yn wasanaeth gwirioneddol wladol;
- mynd i'r afael yn systemataidd â safbwyntiau a phrofiad defnyddwyr a'u cynnwys.

9.3 Bydd y Swyddfa Gymreig yn mynd ati i weithredu ar bob agwedd ar yr uchod ac i weithio gyda chyrrff eraill ar y rhaglenni gweithredu a ddaw i'w rhan. Bydd y Swyddfa'n cydweithredu ag adrannau iechyd eraill ar y mesurau a nodir yn y Papur Gwyn y mae angen gweithredu arnynt yn genedlaethol. Mae'r rhain yn cynnwys cynigion sy'n gofyn am ddeddfwriaeth sylfaenol neu gydweithredu rhyng-adrannol, er enghraifft i sefydlu'r Sefydliad Cenedlaethol Rhagoriaeth Glinigol a'r Comisiwn Gwella Iechyd.

9.4 Yng Nghymru, bydd y Swyddfa'n rhoi blaenoriaeth i'r canlynol:

- cwblhau gwaith i ailgyflunio ymddiriedolaethau NHS;
- cyhoeddi canllawiau ar weithredu Grwpiau Iechyd Lleol;
- cydweithredu i sefydlu'r Sefydliad Cenedlaethol Rhagoriaeth Glinigol a'r Comisiwn Gwella Iechyd;
- cyhoeddi canllawiau ar baratoi Rhaglenni Gwella Iechyd;
- goruchwyllo datblygu'r Fframwaith Gwasanaeth Gwladol cyntaf ar gyfer sgrinio ceg y groth;
- rhoi trefniadau ar waith i baratoi'r Cynllun Corfforaethol a mynd i'r afael â'r elfennau atodol o waith a nodir yn yr Adolygiad o Wasanaethau Cymru Gyfan;
- sicrhau bod yr adolygiad o weithgareddau hybu iechyd yng Nghymru yn cael ei gwblhau a pharatoi fframwaith newydd ar gyfer ymchwilio a datblygu yng Nghymru;
- darparu gwybodaeth i gefnogi darparu cyllidebau i Grwpiau Iechyd Lleol;
- ymgynghori ar ddulliau amgen ac ychwanegol o gynnwys y cyhoedd a chleifion mewn penderfyniadau sy'n effeithio ar eu profiad o'r NHS;
- cyplysu adolygiadau perfformiad a mecanweithiau a gwybodaeth ar gyfer cynllunio â'r blaenoriaethau newydd er mwyn sicrhau eu bod yn rhoi sylw i'r amcanion newydd a bennir gan y Llywodraeth;
- goruchwyllo cyflwyniad gwarantau'r gwasanaeth.

9.5 Ochr yn ochr â hyn, mae'r Ysgrifennydd Gwladol yn disgwyl i NHS Cymru a'r cyrff sy'n bartneriaid iddo ymateb i'r heriadau a nodir yn y Papur Gwyn. Mae gan bob corff rôl i'w chwarae, rhoddir hyblygrwydd i bob un i wneud cyfraniad, a disgwylir i bob un gydweithredu mewn rhaglen dreigl o weithredu. Yn benodol:

- dylai'r awdurdodau iechyd ddatblygu mecanweithiau newydd i gydweithio â llywodraeth leol mewn meysydd penodol, sefydlu is-bwyllgorau a mecanweithiau i sefydlu a chefnogi Grwpiau Iechyd Lleol, a mynd i'r afael ag anghydraddoldebau mewn iechyd yng nghyd-destun Rhaglenni Gwella Iechyd;
- dylai ymddiriedolaethau sefydlu mecanweithiau i fonitro ac adrodd ar fesurau ansawdd, ystyried ffyrdd newydd o sicrhau bod cleifion yn cael eu cynrychioli a hefyd agor deialog gyda'r Grwpiau Iechyd Lleol wrth iddynt gael eu

sefydlu a gweithio gydag awdurdodau iechyd ar yr agenda newydd.

9.6 Agenda ymestynnol yw hon ond nid oes dewis ond newid deinamig os bwriedir i uchelgeisiau'r Llywodraeth ar gyfer yr NHS a'i ddefnyddwyr gael eu gwireddu. Dim ond dros amser y gellir gwireddu llawer o'r gwelliannau a grybwyllwyd yn y Papur Gwyn. Mae'r Llywodraeth yn cydnabod y bydd rhai o'i hamcanion ar gyfer gwell iechyd i bawb drwy raglen weithredu gydweithredol yn cymryd amser i'w datblygu a'u cyflwyno; ond gellir gweithredu yn gynnar a sicrhau canlyniadau cyflym yn achos rhai eraill. Mae'r mesurau yn y papur hwn yn adlewyrchu'r ddwy ffrwd o weithgarwch ac mae angen y ddwy os bwriedir i'r genedl gael gwasanaeth unwaith eto sy'n ffyddlon i'r egwyddorion a'i sefydlodd, i'w uchelgeisiau, yn ymatebol i'w ddefnyddwyr ac yn hyderus yn ei ddyfodol.

sylwadau

GEIRFA

Achredu

Cydnabyddiaeth broffesiynol a chenedlaethol i gyfleuster gofal iechyd sydd wedi gwirfoddoli i gael ei fesur yn erbyn safonau proffesiynol uchel ac y gwelir ei fod i raddau helaeth yn cydymffurfio â'r safonau hynny.

Arbrofion Comisiynu Ardal

Nifer fach o brojectau a fydd yn mynd ymlaen o Ebrill 1998 i edrych ar y cyfleoedd i GPs, gan weithio ag eraill o fewn yr NHS, llywodraeth leol a'r cymunedau lleol, roi sylw i'r agenda iechyd a chomisiynu gwasanaethau iechyd i bobl leol. Caiff y projectau eu gwerthuso yn ystod 1999 a lledaenir y gwersi a ddysgir er mwyn hybu datblygiad effeithiol trefniadau lleol i drefnu gofal iechyd.

Arbrofion Deddf Gofal Sylfaenol

Mae Deddf yr NHS (Gofal Sylfaenol) 1997 yn caniatáu i aelodau o deulu'r NHS, hy ymddiriedolaeth NHS, un o weithwyr yr NHS, corff cymhwys ac ymarferwyr meddygol cyffredinol â phrofiad addas gyflwyno cynigion ar gyfer darparu gwasanaethau o dan gynllun arbrol a chontractio i wneud hynny gyda'r Awdurdod Iechyd.

Archwiliad Clinigol

Dadansoddiad systemataidd o ansawdd gofal, gan gynnwys gweithdrefnau a phrosesau diagnosis, ymyriadau a thriniaethau, defnydd adnoddau a'r canlyniad a'r ansawdd bywyd a sicrhau fel y'u hasesir gan broffesiynolion a chleifion ill dau.

Atgyfeiriadau y Tu allan i Gontractau (ECRs)

Trefniant o dan farchnad fewnol yr NHS ynglyn ag atgyfeiriadau at ymddiriedolaeth NHS nad oedd contract yn bodoli ar eu cyfer gydag Awdurdod Iechyd preswyl y claf neu'r deiliad cronfa.

Awdurdod Iechyd

Corff sy'n atebol i'r Ysgrifennydd Gwladol am asesu anghenion iechyd y boblogaeth leol a sicrhau, drwy weithio ag aelodau eraill o deulu'r NHS a chyrff sy'n bartneriaid iddo, fod cynlluniau priodol yn cael eu llunio a'u gweithredu i wella iechyd ac i gomisiynu gwasanaethau priodol. Nodir eu rolau a'u cyfrifoldebau yn llawnach ym Mhennod 4.

Comisiynu

Y broses o nodi anghenion iechyd lleol, paratoi cynlluniau gyda phartneriaid strategol i ddiwallu'r anghenion hynny, nodi gwasanaethau iechyd priodol a gwneud cytundebau gyda darparwyr gwasanaethau iechyd i sicrhau y cyflwynir y gwasanaethau hynny.

Cytundebau Hir-Dymor

Cytundebau a sefydlir rhwng awdurdodau iechyd, Grwpiau Iechyd Lleol ac ymddiriedolaethau NHS ar y gwasanaethau sydd i'w darparu ar gyfer poblogaeth leol. Bydd y rhain yn disodli'r contractau blynyddol a geid o dan y farchnad fewnol ac yn cynnwys o leiaf tair blynedd er mwyn cynnig mwy o sefydlogrwydd. Ceir esboniad manylach ym Mhennod 4.

Dangosyddion Clinigol

Ystadegau a ddefnyddir i asesu agweddau ar ofal clinigol a all godi cwestiynau ynghylch, er enghraifft, ansawdd, i gael eu harchwilio ymhellach ond nad ydynt, ynddynt eu hunain, yn mesur ansawdd na chanlyniadau y gellir eu priodoli i ofal mewn ysbytai unigol.

Deiliaid Cronfeydd

Ymarferwyr cyffredinol y mae eu practis yn rheoli cyllideb ar gyfer staff y practis, rhai atgyfeiriadau at ysbytai, costau cyffuriau, gwasanaethau nyrsys cymunedol a chostau rheoli.

Egwyddorion Nolan

Egwyddorion sy'n llywodraethau priodol mewn bywyd cyhoeddus.

Fframweithiau Gwasanaethau Cenedlaethol

Fframweithiau Gwasanaethau Cenedlaethol sy'n dwyn ynghyd y dystiolaeth orau o effeithiolrwydd clinigol a chost-effeithiolrwydd gyda barn defnyddwyr y gwasanaethau i bennu'r ffyrdd gorau i ddarparu gwasanaethau penodol. Gweler Pennod 3.

Gofal Sylfaenol

Gwasanaethau iechyd y teulu a ddarperir gan feddygon teulu, deintyddion, fferyllwyr, optometryddion ac ymarferwyr meddygol offthalmig.

Grwpiau Iechyd Lleol

Caiff y grwpiau eu sefydlu a'u cefnogi gan awdurdodau iechyd i ddwyn ynghyd GPs, nyrsys, a phroffesiynolion gofal sylfaenol eraill gyda llywodraeth leol a chynrychiolwyr eraill y cymunedau lleol. Byddant yn nodi'r anghenion lleol ac yn penderfynu'r blaenoriaethau lleol. O fewn ffiniau'r Cynllun Iechyd Strategol, byddant yn penderfynu pa wasanaethau y dylid eu darparu ar gyfer y boblogaeth y maent yn eu gwasanaethu. Nodir y cynigion yn fanylach ym Mhennod 4.

Gwasanaethau Arbenigol

Gwasanaethau y mae'n well eu trefnu ar gyfer poblogaeth fawr am fod y galw amdanynt yn gymharol fach, cost eu darparu yn uchel, a'u bod yn galw am lefelau uchel o arbenigedd, yn aml o ganolfannau rhagoriaeth.

Gwasanaethau Cymdeithasol

Gwasanaethau gofal personol a ddarperir gan yr awdurdodau lleol i bobl sy'n hawdd eu niweidio, gan gynnwys y rhai ag anghenion arbennig oherwydd henaint neu anabledd corfforol neu feddyliol, a phlant y mae angen eu diogelu a gofalu amdanynt.

Gwasanaethau Iechyd Cymunedol

Gwasanaethau megis nyrsys cartref ac arolygaeth iechyd plant a ddarperir y tu allan i'r ysbytai gan broffesiynolion gofal iechyd a gyflogir gan ymddiriedolaethau NHS.

Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol

Gwasanaethau a ddarperir gan feddygon teulu (GPs) a'u staff yw gwasanaethau meddygol cyffredinol. Darperir ar eu cyfer yn Adran 29 o Ddeddf 1997, ac maent wedi'u fframio yn Rheoliadau Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol 1992.

Gwasanaethau Tymor-Byr

Triniaeth a gofal meddygol a llawfeddygol a ddarperir mewn ysbytai yn bennaf.

Gwasanaethau Ysbyty a Gwasanaethau Iechyd Cymunedol (HCHS)

Prif elfennau'r gwasanaethau hyn yw darparu gwasanaethau ysbytai, a rhai gwasanaethau iechyd cymunedol, megis nyrsys ardal. Ymddiriedolaethau NHS yn bennaf sy'n darparu'r gwasanaethau hyn.

Llywodraeth Glinigol

Menter newydd yn y Papur Gwyn hwn i sicrhau a gwella safonau clinigol ar lefel leol drwy'r NHS cyfan. Mae hyn yn cynnwys camau i sicrhau y caiff risgiau eu hosgoi, y caiff digwyddiadau andwyol eu gweld yn gyflym a'u harchwilio'n agored, y dysgir gwersi, y caiff arferion da eu lledaenu'n gyflym a bod systemau ar gael i sicrhau gwelliannau parhaus mewn gofal clinigol.

Meincodi

Proses lle bydd cyrff yn nodi'r perfformwyr gorau mewn meysydd penodol ac yn edrych i weld sut i gael y canlyniadau gorau, gyda golwg ar unioni eu perfformiad eu hunain â'r goreuon.

Menter Effeithiolrwydd Clinigol

Menter a lansiwyd ym Mai 1995 i sicrhau bod pawb sy'n darparu gofal iechyd yn cydweithio, mewn partneriaeth â chleifion, i gynyddu'r gyfran o ofal clinigol y mae'r dystiolaeth yn profi ei bod wedi bod yn effeithiol.

Nyrsys Cymunedol

Gan gynnwys nyrsys practis, nyrsys ardal, ymwelwyr iechyd, nyrsys ysgol.

Rhaglen Gwella Iechyd

Cynllun strategol cyffredinol, a lunnir gan yr awdurdod iechyd, gan adlewyrchu sylwadau holl aelodau teulu'r NHS a chynghreiriaid strategol eraill. Bydd yn ymgorffori cynigion ar gyfer cyfluniad gwasanaethau a newidiadau cysylltiedig yn yr ystad; cynlluniau datblygu gofal sylfaenol; ac yn bwysicaf oll rhaglenni integredig i wella iechyd ar draws y meysydd cynnydd mewn iechyd. Pennir agenda glir ar gyfer gweithredu yn y tair blynedd cyntaf a nodir y cyfeiriad bras ar gyfer blynyddoedd 4 a 5.

Rhestr Genedlaethol o Gostau Atgyfeirio

Bydd yn ofynnol i ymddiriedolaethau NHS gyhoeddi eu costau ar sail gyson, a chyhoeddir y data mewn rhestr genedlaethol o gostau atgyfeirio er mwyn meincodi perfformiad ar effeithlonrwydd. Bydd hyn yn adeiladu ar ddatblygiadau'r blynyddoedd diwethaf er mwyn cyflwyno ffordd safonol o nodi cost gwahanol fathau o driniaeth ar sail grwpiau sy'n gysylltiedig â diagnosis (DRGs).

Terfyn Arian Parod

Y swm o arian y mae'r Llywodraeth yn bwriadu ei wario neu ei awdurdodi ar wasanaethau penodol neu flociau o wasanaethau yn ystod un flwyddyn ariannol. Bydd terfynau arian parod yn gymwys i gyfanswm y gyllideb ar bob lefel; Cynulliad, awdurdod iechyd a Grwp Iechyd Lleol.

Ymddiriedolaethau Gofal Sylfaenol

Cyhyd ag y gellir deddfu ar eu cyfer, math newydd o ymddiriedolaeth NHS annibynnol a fydd yn atebol i awdurdodau iechyd am gomisiynu gofal, a chyd'r cyfrifoldeb ychwanegol dros ddarparu gwasanaethau cymunedol i'w poblogaeth. Y weledigaeth bosibl eithaf ar gyfer Grwpiau Iechyd Lleol o dan y ddeddfwriaeth.

Ymddiriedolaethau NHS

Mae Ymddiriedolaethau NHS yn gyrff cyhoeddus sy'n darparu gofal iechyd ysbytai a gofal iechyd cymunedol yr NHS. Bydd ganddynt ddyletswyddau newydd i weithio mewn partneriaeth â chyrff eraill yr NHS ac i gyfrannu at wella iechyd y bobl leol.

Y Llyfrfa

sylwadau

Preface by The Prime Minister

Creating the NHS was the greatest act of modernisation ever achieved by a Labour Government. Aneurin Bevan's place in its history gives it special significance in Wales. Its creation banished the fear of becoming ill that had for years blighted the lives of millions of people. But I know that one of the main reasons people elected a new Labour Government on May 1 was their concern that the NHS was failing them and their families. In my contract with the people of Britain I promised that we would rebuild the NHS. We have already made a start. The Government is putting an extra £70 million into the health service in Wales during the course of this year and next. More money is going into improving family doctor and hospital services. The NHS will get better every year so that it once again delivers dependable, high quality care - based on need not ability to pay.

This White Paper marks a turning point for the NHS in Wales. It replaces the internal market. We are saving £50 million of red tape and putting that money into frontline patient care in Wales. For the first time the need to ensure that high quality care is spread throughout the service will be taken seriously. Nationwide standards of care will be guaranteed. There will be easier and swifter access to the NHS when you need it. Our approach combines efficiency and quality with a belief in fairness and partnership.

As we approach the fiftieth anniversary of the NHS in Wales, it is time to reflect on its huge achievements. But in a changing world, no organisation, however great, can stand still. The NHS needs to modernise in order to meet the demands of today's public. Putting Patients First begins the process of modernisation in Wales. The NHS in Wales will start to provide new and better services to the public. For examples, faster tests and treatment for breast cancer, and better and speedier information from hospitals to GPs about their patients.

In short, I want the NHS in Wales to take a big step forward and become a modern and dependable service that is once more the envy of the world.

Of course, we must get the funding right. The Government has already put large extra sums into the NHS and will raise spending in real terms every year. But with that money comes a responsibility within the service to change. To produce better care. Care when you need it. Care of uniformly high standards.

It is a big challenge but I am confident that, with the support of the public, the dedication of NHS staff and the backing of the Government we can again create an NHS in Wales that puts patients first, an NHS that is truly a beacon to the world.

Foreword by the Secretary of State for Wales

The Government was elected on a Manifesto to restore the National Health Service as a genuinely public service of high quality, delivered in co-operation with others to protect and improve health as well as respond to illness and disability. This White Paper, *Putting Patients First*, sets out our vision for NHS Wales and explains how, working together, we can fulfil these commitments.

None of the values enshrined in the NHS when Aneurin Bevan created it will be lost. The NHS in Wales will continue to be a truly national service available to all on the basis of need. Need alone; not ability to pay; not who your GP is and not where you live. We will back these values by raising spending on the NHS in real terms every year and investing that money in better services for patients.

Our objectives are clear: to help the NHS work collaboratively with all who can improve services for patients; to do away with competition, avoidable bureaucracy and fragmentation; to put quality at the top of everybody's agenda, and to allow decisions to be taken locally. We will meet these objectives by doing away with the internal market which has pitted hospital against hospital. We will put in its place new arrangements which encourage co-operation and drive up performance.

"*Putting Patients First*" also honours our commitment to enhance the role of primary care. Local Health Groups will open up new opportunities for GPs, nurses, other health care professionals, local authorities and local people to take the lead in organising health services for their communities. Change is essential, but it will be evolutionary and in response to local needs. The Government will give a national lead where this is important; otherwise health authorities, NHS trusts and Local Health Groups will have clear responsibilities to improve the quality and range of services offered to patients.

"*Putting Patients First*" provides solutions which are right for Wales and it paves the way for the creation of the National Assembly for Wales in 1999. More importantly, it will restore to its people a service which is true to its founding principles, faithful to its ambitions, responsive to its users and confident in its future.

1 A NEW BEGINNING

The Government was elected to return the NHS to its roots as a service of high quality, delivered in co-operation with others to protect and improve health as well as respond to illness and disability. The internal market's emphasis on competition ran counter to the NHS's long-established philosophy of co-operation and partnership. This White Paper is founded in the belief that reform of the NHS is about more than recreating mechanisms to replace the failed internal market. It is about reaffirming its founding principles and devising new responses to the challenges which face it.

1.1 This year sees the 50th anniversary of the founding of the NHS. Wales made a proud contribution to its creation. In the years since Aneurin Bevan created it, the NHS has developed into one of the nation's most cherished institutions, admired throughout the world as a model of comprehensive and cost-effective health care, made universally available on the basis of need and backed by specialist services and extensive programmes of professional and technical research.

1.2 None of these values will change; the NHS will continue to be a truly national service available to all on the basis of need. It will also be a service rededicated to patients to ensure that they can receive speedy, appropriate and effective care and have a voice in the way services are provided and developed. However, the NHS faces a number of enduring challenges:

- rising demand and expectations by patients, which require that the NHS is managed in ways which retain and enhance the patient focus while using available resources as effectively as possible;
- the impact of medical technology and the growing influence of technological progress (for example, keyhole and transplant surgery, telemedicine, the role of genetic engineering in the production of drugs and vaccines, and the role of genetics in all aspects of health care);
- demographic pressures which, in Wales, will mean that by 2015 8.8% of the population will be over 75. This is 14% higher than is expected to be the case in England and it will have significant implications, for cost as well as care, for the NHS, local government and voluntary agencies;
- best practice in health care needs to become common practice. Identifying good practice and spreading success across organisations whose performance varies widely will be a priority for the new NHS.

1.3 These pressures are real but not insurmountable. There have always been challenges from technology and rising demand. They will continue but do not inevitably point in one direction. New medical treatments and technologies may replace outmoded and more expensive services; efficiencies can come from making better use of existing resources and also from shaping services in the light of new evidence on clinical cost effectiveness; and new approaches, including those outlined later in this White Paper, to give professionals greater control over financial as well as clinical decisions, can reap rewards in more cost-effective services. Equally, it is clear that tough choices have to be made. Performance has to improve if patients are to receive the quality of services they need.

The Health Deficit

1.4 Health in Wales is poorer than in the UK as a whole and than in many other Western European countries. Life expectancy is about one year less than in England; the death rate from heart disease in Wales is about 18% higher, and rates of cancer are about 10% higher.

1.5 There is increasing evidence of substantial variations in health between people living in different parts of Wales. Death rates from heart disease, lung cancer and breast cancer can be twice as high in some parts of Wales than in others and communities in the South Wales valleys tend to have poorer health on a wide range of indices than communities in many other parts of Wales.

1.6 In 1997 there were also very high numbers of people registered as economically inactive; people with long-term illness make a disproportionate contribution to this number. This is particularly so in the South Wales valleys. NHS Wales has, therefore, to address a considerable extra burden of illness.

1.7 Improving health generally, and where the inequalities are worst, is a challenge for all agencies, private as well as public. They need to engage with the NHS at all levels to tackle the underlying causes of ill health, to support doctors and other health professionals in caring for the patients involved, and to co-operate with other agencies to provide the collaborative

programmes which are necessary to enable individuals to undertake a wider range of appropriate employment. It is also a long-term challenge and one with which the organisations, resources and principles of the new NHS must be aligned. This White Paper, and a companion paper on a national strategy for improving health to be published early this year, seeks to establish this collaborative approach with organisations whose decisions on community services, housing, employment and the environment considerably affect the health of the people.

The NHS Internal Market

1.8 The NHS needs to be well organised to respond to the health needs of Wales. The internal market was introduced in 1990, ostensibly to improve the management of the NHS. It has had some limited success, but it has failed to address the most fundamental issues facing the NHS in Wales and, most damagingly, was divisive in a service where co-operation between staff and between organisations is the key to good care. The Government intends to remove those aspects of the internal market which have stood in the way of improving health and good patient care, while retaining what has worked.

1.9 The Government will:

- retain the separation of the commissioning process, by which health care needs are assessed and health services are designed to meet them, from the provision of those services. This allows commissioners, particularly health authorities, to step back from the demands of day-to-day operational management and ensure that services better meet the needs of local people;
- promote further the involvement of GPs and other primary care professionals in commissioning services for their patients. This has moved on from the narrow confines of GP fundholding to a variety of models in which groups of primary care professionals can work together in the wider interests of their patients;
- improve still further data about activity and cost, which have given a clearer picture of what is happening to patients and to the NHS, and other information which has progressively helped health care practitioners and patients make informed choices about treatments;
- continue to develop better communication between the primary and secondary care sectors, which has encouraged closer working between the two;
- retain the devolved operational management of NHS trusts.

1.10 However, the internal market created new and avoidable problems:

- inequalities in health and access to health services have been made worse by the creation of new divisions between the patients of fundholder and non-fundholder GPs. The services patients receive are too often determined more by where they live and who their doctor is than by their clinical needs;

In 1996-97:

Population coverage by GP fundholders ranged from 42% in Bro Taf to 73% in Dyfed Powys;

GP fundholder allocations per head of population in Wales ranged from 116-289.

- while health authorities, local government and the primary and secondary care sectors are all agreed that the long-term planning of health services and the wide range of associated decisions on education, training, research, evaluation and resource effectiveness should be a major responsibility for the new NHS, there has been no recent effort to provide a planning framework within which the NHS can function coherently. Getting the best care and the best value out of an organisation as complex and large as NHS Wales calls for longer-term planning, something which has been particularly difficult within the fragmented structure of the internal market;

In the southern part of Wales only one hospital has an exclusive catchment population for accident and emergency services. Some communities in south Wales have access to four A&E departments within a 30-minute travelling distance. In north and west Wales such overlap is rare.

- competition among providers and annual contracts for health services have focused management attention on what can be costed and counted rather than what should be. Resources have been diverted from patient care into a bureaucratic process that has had little to do with the quality of care provided for patients. That process has been inefficient.

By September 1997:

no health authority had agreed all its contracts for 1997-98 with health service providers;

no NHS trust could be confident about what its income would be for the current year;

less than half of fundholding practices had agreed their funding allocation with their health authority.

A New Beginning

1.11 The Government recognises that it is the system which has failed, not the staff working in it. Clinicians and managers have worked harder than ever before to make sure that services are delivered and that patients have not been disadvantaged. Building on this spirit, the Government's aim is to put teamwork and collaboration back at the heart of the NHS in a programme of co-operative activity which extends over a number of years but has clear milestones.

1.12 The key objectives of the new NHS will be to:

- remove obstacles to integrated care;
- develop local responsiveness to take advantage of the greatly enhanced prospects for providing care in, and close to, patients' homes;
- reduce health variations across Wales and tackle inequalities in health and in access to health care;
- better align responsibilities for clinical and financial decisions within local settings which are best able to deliver integrated programmes of care;
- exploit modern technology to the full to provide better information to people and their local GPs so that both may make better informed choices about care;
- improve efficiency at all levels within and between organisations and their individual members of staff;
- enhance the quality of care, starting with good quality research and development, which embraces clinical effectiveness and includes organisational performance measured, in part, by programmes of continuous benchmarking;
- make the continuous training and development of staff at all levels and in all sectors a priority.

Working in Collaboration

1.13 This vision reinforces the strategic themes set for NHS Wales ten years ago, but which have been hampered by the internal market and the lack of political conviction. They are that:

- the NHS should be health gain focused, seeking to reduce both the number of premature deaths in Wales and to improve the quality of life;
- it should be people centred, managing its services for the benefit of patients and informed by patients' views;
- the service should be resource effective.

1.14 The Secretary of State accepts that these objectives remain relevant today, but they need to be interpreted and pursued within the context of society's wider efforts to improve health and the need for NHS Wales to work in collaboration with other organisations. The NHS should be a service which embodies fairness, efficiency, effectiveness, responsiveness, accountability, integration and flexibility. Patients should receive the same level of service and quality of care for the same level of need. As health needs vary across Wales, so services need to be tailored to local circumstances to deliver equity of access and treatment. Responsibility for decision-taking should be devolved as close to patients as possible to encourage responsiveness and innovation in service. Devolution of responsibility must be matched by mechanisms for accountability and control.

1.15 Competition, fragmentation, avoidable bureaucracy and insularity will be brought to an end. The new NHS will be a unified national service in which staff and users share a common understanding of what patients can expect from the NHS; and how patients, families, local communities and related organisations can contribute. This will require a new commitment to partnership at every level:

- nationally, *between the Government and the people* to give improved health and appropriate health services priority in its decisions and to honour its pledge to continue with real terms increases in funding year on year;

- *between patients and the professionals who serve them* to ensure that personal responsibility for health matches professional duties of care and that both groups share a common commitment to developments in the NHS;
- *between the NHS and its partner organisations*, whether in the public and voluntary agencies or in the private sector, to ensure maximum benefit from available resources and maximum co-ordination of related activities;
- *between NHS organisations themselves* to promote maximum integration of services and foster co-operation.

The Patient Focus

1.16 The new NHS will start from the patient in his or her home and community, providing:

- information to help the individual lead a healthier life and respond appropriately to minor ailments;
- access to a network of primary and community care services for most needs. For those specialist services which cannot be provided locally, primary and community health care professionals will act as a conduit to refer patients to the appropriate services;
- integrated and flexible programmes of care which span organisations and encourage doctors, nurses, pharmacists, midwives, dentists, opticians, therapists, social services departments and others to work together;
- general hospital services, covering emergency and non-urgent care and diagnostic services;
- specialist services, where quality of care can best be provided from a small number of expert centres.

1.17 This concentration on the patient and integrated, individual and population-based programmes of care must shape the NHS of the future and inform the ways in which the service is managed.

Care through Performance

1.18 Establishing the new NHS will demand the highest level of performance. The Government will be clear about what the NHS must deliver. It will establish new systems and structures to support and motivate all in the NHS and give them the flexibility to find local ways forward; and it will hold participants to account for how well they perform. The Government is committed to raise spending on the NHS in real terms every year and to invest the money in patient care. In return, it will expect utmost effort at all levels to use resources to address the new agenda. Good performance will be recognised and rewarded; deficiencies will be acknowledged and tackled.

1.19 To ensure that standards of performance are comparable with the best, the Secretary of State will:

- measure progress against the values set out in paragraph 2.3;
- set clear objectives for NHS Wales, including National Service Frameworks for major diseases and programmes of care (for example, cervical cytology);
- promote best practice through the development of performance measures and a benchmarking culture;
- ensure that the work programmes of the new Commission for Health Improvement and the National Institute for Clinical Excellence address the needs of NHS Wales;
- develop new performance indicators to measure progress against key objectives;
- publish comparative data on performance, including a new national schedule of reference costs;
- introduce new arrangements for clinical governance in trusts and primary care;
- provide clear sanctions when performance and efficiency fall short of expectation.

Health authorities will monitor the performance of NHS trusts to ensure that objectives are achieved. The Welsh Office, and subsequently the Assembly, will monitor the performance of health authorities.

1.20 The NHS alone cannot deliver real improvements in health. It must work in partnership with the public and the individual - doctors can offer advice on healthier lifestyles, but they cannot force their patients to give up smoking, take more

exercise or drink more sensibly. The pressures on the NHS are increased by the many people who do not take personal responsibility for their own health or for dealing with minor ailments, and who continue to make unnecessary demands upon the service. It is for every individual to ensure that when they call out their doctor or turn up at the local casualty unit they do so only in circumstances of real need. When they are called for treatment, patients have a responsibility to turn up or to advise the hospital in good time that they cannot attend.

Roles and Responsibilities

1.21 The Secretary of State has canvassed the views of NHS Wales on weaknesses in the existing arrangements, on strengths to be retained and enhanced, and on new measures which are necessary to deliver its more inclusive and forward-looking agenda. There is agreement on the need to limit turbulence from organisational upheaval, to reinforce the strategic commissioning role within a broader framework of health and to facilitate stronger links between clinical and community services at all levels. The model proposed in this White Paper acknowledges and responds to these concerns. It offers a framework which builds on the distinctive strengths of each participant, provides clarity about their respective roles, encourages flexible and co-operative working across boundaries and focuses on the needs of patients.

1.22 The new NHS Wales will be composed of:

- **Health Authorities**, who will have new duties of partnership and to improve the health of their residents, while retaining existing responsibilities for public health protection, health needs assessment, strategic planning and performance management, and relationships with newly-created Local Health Groups;
- **NHS Trusts**, who will be charged with new responsibilities for co-operative action with health authorities, Local Health Groups, local authorities and others, and for improvements in service quality and relationships with patients and the public;
- **Local Health Groups**, which will be based largely on local authority areas to enable more effective commissioning of local services, encourage inter-agency co-operation, provide real leverage on services and resources for primary care practitioners, and facilitate the progressive provision of a wider range of local services. They will decide what services are needed locally and reflect the priorities of the people they serve in the services that are commissioned for them.

1.23 These new arrangements will need to be resourced in a manner which is both equitable and provides proper accountability for public money. The Secretary of State will continue to make discretionary allocations to health authorities based upon a weighted capitation formula. Health authorities will be able to retain funds, in addition to whatever sums they need to commission services at the health authority level for purposes set out later in this White Paper.

1.24 The vast bulk of the allocation, however, will be delegated to Local Health Groups. The Government expects that this will normally be done on the same formula basis, although the health authority will need to have the discretion to adjust allocations to improve equity of service and of access to service where it felt that was appropriate. At first, this will be on an indicative basis, to provide Local Health Groups with a budget and a cash ceiling to work within.

1.25 Over time, as Local Health Groups gain experience, the range of their decision-making powers will be increased and their budgets will move from being indicative to being actual - in other words, the money itself will be delegated and Local Health Groups will become directly responsible for administering their budgets.

1.26 The Local Health Groups will, in due course, extend indicative budgets to individual practices for the full range of services. Within these budgets, practices will have discretion and flexibility to make appropriate clinical decisions. Local Health Groups will be expected to develop practice level incentive arrangements approved by health authorities where this promotes best use of resources.

Evidence of good and bad practice from the locality commissioning pilots currently being set up in both England and Wales will be used to refine these arrangements over time.

A National Assembly for Wales

1.27 The environment within which the changes proposed in this White Paper will be implemented has been transformed by the decision of the people of Wales to establish a National Assembly for Wales. From 1999, the Assembly will assume responsibility for health functions currently exercised by the Secretary of State. It will remove the democratic deficit which has damaged the conduct of public policy in Wales for so long and it will supervise the development and delivery of policies which will make a real difference to the quality of life in Wales and the welfare and care of its people. The Assembly will

have freedoms to:

- draw up strategic policies for health and health services and allocate resources accordingly;
- configure NHS Wales in ways which are consistent with its wider agenda for health and facilitate a collaborative and performance-driven approach to the provision of health care;
- hold NHS organisations to account for their performance;
- promote the provision of particular services or take direct action in support of particular priorities at an all-Wales level.

1.28 Devolution provides an opportunity to build on the strengths and distinctiveness of NHS Wales and its work with others. The proposals in this White Paper will redress the inequities of the past decade, take advantage of professional and technological developments, provide better value to the taxpayer and return NHS Wales to its roots as an outward looking but distinctively Welsh service responsive to its peoples' needs and views. Most of all, it will put patients first.

SUMMARY

The NHS will be required to:

- *reduce health variations across Wales and tackle health inequalities;*
- *build services around integrated, flexible programmes of care for patients;*
- *develop new ways of working collaboratively;*
- *improve efficiency;*
- *make maximum use of the opportunities created by modern technology; and*
- *give priority to the training and development of staff at all levels.*

The creation of the National Assembly for Wales will provide a democratic means to supervise NHS Wales. It will inherit the three strategic themes which have underpinned the development of NHS Wales over the past decade - to be health gain focused, people centred and resource effective. These themes will be reinforced by the drive to engage society as a whole in efforts to improve health and they will be pursued through programmes of activity at every level which measure progress against key criteria - fairness, effectiveness, efficiency, responsiveness, integration, accountability and flexibility.

New NHS Wales will be comprised of Health Authorities, NHS trusts and Local Health Groups. Each will be given new responsibilities and powers to improve services for their patients.

2 NATIONAL LEADERSHIP FOR THE NHS: THE NATIONAL ASSEMBLY FOR WALES

The National Assembly for Wales will give Wales its own, distinctive democratic voice. The Assembly will oversee NHS Wales, ensuring that it works in partnership with others to deliver real improvements in health and high-quality care for the people of Wales. Through the Assembly, NHS Wales will be made more accountable and responsive than ever before to the people it serves.

The National Assembly: Shaping and Leading

2.1 The Government of Wales Bill is currently before Parliament. Subject to Parliamentary approval, the establishment of the National Assembly for Wales in 1999 will transform public life in Wales and introduce for the first time democratic control of the management and performance of the NHS and its partner bodies. The White Paper, "A Voice for Wales", outlined the Assembly's intended health functions:

- to monitor the health of the Welsh population and respond with policies to promote health and tackle ill-health;
- to decide the scale of financial resources for health from within its overall budget;
- to identify and promote good practice in health services and hold NHS bodies in Wales to account for their performance;
- to canvass and act upon the views of patients, staff and carers on the quality of NHS services;
- to ensure that NHS Wales has a workforce of well-trained staff.

2.2 The Assembly will be able to set goals for NHS Wales which reflect a commitment to improve the health of the population and provide care as locally as possible. These goals are set within the three strategic themes - health gain focused, people centred, resource effective - which have underpinned the development and management of NHS Wales and continue to provide a valuable framework for planning and action.

2.3 In turn, these themes will be pursued through programmes of activity which reflect the values set out below. Within Government policy, the Assembly will be able to ensure that all parts of the NHS are targeted on, and contribute appropriately to, these values:

- fairness - all patients should have access to treatment and services according to their clinical needs;
- effectiveness - patients should be treated on the basis of the most up-to-date scientific evidence and clinical practice;
- efficiency - the NHS should use all its resources, including capital assets and staff, to achieve best value for money;
- responsiveness - services should be designed around the patient so that, consistent with the other values, the NHS delivers the quality of treatment and care that patients and carers need, in the way they want it;
- integration - organisations both inside and outside the NHS work together to deliver integrated care packages, tailored to the individual patient's needs;
- accountability - the NHS must be made accountable to the people it serves;
- flexibility - management systems must be flexible enough to respond to local circumstances and needs while also enabling the NHS to deliver health improvements for the wider population.

The National Assembly: Promoting Co-operation

2.4 An overriding objective for the Assembly will be to rekindle the principles of co-operation and partnership throughout the new NHS:

- nationally, through agreements between the professions, the public and NHS bodies on new approaches and standards;

- locally, through new duties of partnership between NHS organisations, the public, local government and voluntary agencies and via new programmes of co-operative action;
- within communities, with the joint commitments of patients, primary care professions, community and social services and voluntary bodies;
- via mechanisms, including the Welsh Health and National User Surveys and a revised NHS Charter, which identify need and priority and balance the legitimate expectations of patients with the responsibilities of the citizen;
- through programmes of staff development to ensure consistency of approach across Wales.

2.5 Over the next eighteen months preparations will be made to ensure that the Assembly can take on its responsibilities for health and health services. This will require information, organisation and policy developments. However, renewal and reform in NHS Wales cannot wait until the Assembly is fully operational. Once it has taken up the reins, the Assembly will be able to review the preparations made and progress in reshaping NHS Wales and confirm or further adapt them. This section describes the work needed to prepare the ground for the Assembly.

Organisations and Relationships

2.6 There are well-established relationships between the Welsh Office and the other UK health departments and between Welsh professional bodies and their counterparts in the other countries. The Government intends that these should continue within the new settings that will follow devolution and that the policy making and performance management roles of the Assembly should be strengthened. This will be assisted by the absorption into the Assembly of the Health Promotion Authority for Wales and some aspects of the Welsh Health Common Services Authority.

2.7 To prepare for that, the Welsh Office will be examining how its current Health Department, Health Professionals Group and Nursing Division, with HPAW and parts of WHCSA, should be organised in future and how their working practices could be better integrated. The new agenda and its implications for organisational responsiveness will also require closer working between Assembly and NHS staff and new training and development programmes to improve collaboration and understanding between the organisations. The Welsh Office will work with NHS Wales to ensure that these programmes are developed.

2.8 The Assembly will set clear objectives and standards for NHS Wales including, as necessary, National Service Frameworks covering major diseases and linked to the Government's priorities for improved health. These will be developed in collaboration with other UK health departments. In particular, the Assembly will lead the development of comparative information on performance and benchmarking in the NHS, which will, in time, include a national schedule of costs to support the drive for enhanced efficiency and effectiveness.

Performance Management

2.9 At the heart of the new arrangements will be the efficiency with which services are provided and run. The efficiency theme applies equally to clinical practice as to management performance. Significant progress has already been made:

- efficiency savings: in the last five years, the NHS in Wales has delivered efficiency savings in excess of £350 million;
- a comprehensive clinical effectiveness strategy and programme has been in place in Wales for the past two years;
- following consultation, a decision on the configuration of NHS trusts across Wales will be announced in October 1998, with a new pattern for the management of hospital and community health services established from April 1999;
- comparative trust costs have been published for the past two years.

2.10 But more is needed if the philosophy is to root itself equally in the management culture of all NHS organisations. Performance measures and benchmarking have an important role to play in exposing poor performers and charting progress, improving public accountability, providing a basis for setting targets and promoting best practice. With this in mind, the Welsh Office will work with the Department of Health in establishing a new National Institute for Clinical Excellence and a Commission for Health Improvement. These are explained in greater detail in Chapter 3. The structure and operation of these bodies will be expected to reflect the needs and circumstances of Wales and to relate to its existing NHS bodies. The Department will also lead an information-led programme of benchmarking for improvement. The existing Benchmark Reference Centre - currently a performance measuring unit within the Welsh Health Common Services Authority - will be substantially reformed within the Health Department to support this process.

Information for Performance

2.11 To discharge its responsibilities the Assembly will need ready access to good quality, timely information. Principally, this information will need to cover the health status of the Welsh population and the performance, including the comparative performance, and expenditure of NHS bodies.

2.12 Information systems will need overhauling and bringing together as a "Health of Wales" information system to meet these requirements. A review is already in hand; further changes will be needed as the Assembly's role develops. Immediately, action is needed on several fronts:

- the Department will consult NHS Wales on the development of new performance indicators designed to measure progress against the targets and objectives set in this White Paper;
- the Department will take the opportunity to streamline and refocus the collection of information from NHS Wales bodies for central purposes;
- to make full use of new technology to automate central returns, reducing the costs of administration and making important information available more quickly;
- Data quality still leaves much to be desired and, as part of the review of information systems, the Department will be introducing a programme of work to improve data quality for all NHS bodies, from which central returns are largely a by-product.

Services at the All-Wales Level

2.13 Existing arrangements for the planning of specialist and key new services have not always worked well. As a consequence, opportunities have not always been taken up and some services have encountered avoidable turbulence or delay. Similar concerns have arisen where services are being rationalised. Work will be put in hand to devise improved arrangements, under the Assembly, for the planning and management of these services across health authority boundaries and between NHS trusts.

2.14 Similar considerations apply to the oversight of research and development in Wales. High-quality research and development is fundamental to the NHS, both at a national and UK level. Health services face unprecedented levels of demand; at the same time the evidence base to support the existing patterns of provision is limited and there is a constant need to review and re-evaluate the approaches used in health. The factors which create the demand on health services need to be understood and effective and efficient interventions used to address the needs of those requiring services.

2.15 The Wales Office of Research and Development was established in 1995 as part of the University of Wales College of Medicine to take forward the R&D strategy for Wales and to represent Welsh R&D interests in UK settings. Its primary role is to support the development of an evidence-based culture by encouraging high-quality research in health and social care.

2.16 Since its creation, the Office of R&D has established the existing baseline of health and social care research within Wales, set in place arrangements for the evaluation of bids for new research and begun the process of distributing new grants. In parallel, the Welsh Office, in co-operation with the Office of R&D, has initiated a review of the management arrangements, particularly the role and status of the Research and Development Forum which was established to provide a wider forum for the R&D community within Wales. The outcome of this review will need to inform decisions about its future management and status, taking account of any new structures that may be established within the Assembly or NHS Wales. Whatever its future management and status, it will be important that its programmes reflect the Government's new objectives and priorities for the health, welfare and care of the population. With this in mind, the Secretary of State has invited the Office of R&D to produce a new strategic framework for research and development in Wales for consultation during 1998.

2.17 The encouragement of healthy lifestyles and the promotion of healthier environments is an important aspect of the Government's approach. Some of this will be pursued through policies which encourage health as well as addressing sickness, which operate across agencies in a longer timeframe and which make progress by co-operative action at the local level. It will be equally important to have organisational structures in place in Wales which are best able to respond to this agenda and make a value-adding contribution without duplication. The Secretary of State has, therefore, invited the Health Promotion Authority for Wales, in advance of its absorption into the Assembly, to review existing arrangements for health promotion in Wales within the intended structures outlined in this White Paper and make recommendations for their improvement. This report will also be subject to discussion with NHS bodies and local government in 1998.

Planning for the Future

2.18 In readiness for the changes set out in this White Paper, the Department has reviewed the existing framework of strategic guidance - including Strategic Intent and Direction, Caring for the Future and the New Strategic Plans - and its relationship with the setting of planning and priorities guidance and the annual review of performance. It has concluded that change is needed to establish a much clearer focus for authorities' strategic planning and to put the review process on a firmer footing centred around the performance framework outlined in this White Paper. Eventually, both the guidance and performance review will relate directly to a new NHS Corporate Plan. In the meantime, the Department will reconsider the planning and priorities guidance and refocus the performance review process on the priorities set out in paragraph 2.3. This is likely to require some mechanisms to be abandoned, including Health Authority Plans, which are already on course for completion in June 1998, while others, including the contributions of the New Strategic Plans, will be absorbed into the new mechanisms for planning and performance monitoring.

A New Corporate Plan for NHS Wales

2.19 NHS Wales cannot operate effectively without a firm, fair and forward looking strategic framework. The Assembly will provide this following its creation. In the meantime the importance of clear corporate and strategic planning arrangements for the NHS has been recognised in the All Wales Service Review, jointly commissioned by the Health Authorities with the support of the Welsh Office, which concludes that there is a:

'need for a clear and rational planning process that facilitates the development of a strategic framework for NHS Wales, which provides health and related targets, linked to practical guidance on what and how strategic change might be delivered, and engages key stakeholders in an on-going dialogue about how best to achieve desired change'.

2.20 The Secretary of State has accepted this conclusion, and a number of the related recommendations, and has invited the NHS to work under the leadership of the Welsh Office to produce a Corporate Plan for NHS Wales which will provide the basis for national activity as well as a focus for the performance of health authorities and their providers, and address manifest deficiencies in existing information systems.

2.21 The All Wales Service Review also identified a number of strategic issues requiring further examination, in part to inform the content of the proposed Corporate Plan. This work, too, will be led by the Welsh Office working in co-operation with the NHS. In addition to further work on the provision, utilisation and cost of specialist services, the Review proposes an examination of the provision and performance of General Medical Services across Wales, the performance of community services, including the contribution of community hospitals, and the role and configuration of acute services. These are important strategic issues which have the potential for significant impact on the future provision and rationalisation of services across Wales and for the mechanisms which will be needed to implement proposals. The work will be expected to consider implementation and transitional issues, alongside the service and performance factors which will be expected to drive the review.

Making it Happen

2.22 The NHS will achieve its aims and deliver what patients expect of it only if it makes the best possible use of all its resources. It is not enough to distribute funding to the NHS fairly; if some parts of the NHS use their resources less efficiently than others, the result will be a poorer level of service to their local populations. Everyone in the NHS must take responsibility for the effective stewardship of the resources they use. The Assembly will be able to promote this by:

- devolving responsibility to - and within - NHS trusts and Local Health Groups, so that those delivering services have effective control over performance and the power to redeploy resources where they will be most effectively used; health authority performance in setting budgets for Local Health Groups will be monitored by the Assembly as part of the performance review process;
- merging budgets for hospital and community health services, GP prescribing and GP staff, premises and computers, creating new opportunities to improve cost-effectiveness within an overall cash limit;
- developing and publishing comparative data, promoting a benchmarking culture that challenges inefficiency and promotes best practice;
- publishing a Welsh schedule of service costs to inform local service agreements;
- cutting avoidable bureaucracy - the abolition of the internal market will create savings of up to £10 million per annum which can be redeployed to patient care; at the same time allowing management effort to be refocused on the

true purpose of the NHS.

SUMMARY

The National Assembly for Wales will take responsibility for the configuration and performance of NHS Wales and lead particular programmes of action.

The Assembly will foster co-operation and partnership between the NHS and its partner organisations.

The Assembly's policy-making and performance management roles and structures will be strengthened and new performance-related monitoring mechanisms centred on the values in paragraph 2.3 will be developed.

Reviews of the functions and organisation of health promotion and research and development in Wales will be undertaken by the respective national bodies for consultation in 1998, and a Health of Wales information system will be developed.

A new Corporate Plan for NHS Wales will be developed.

3 IMPROVING SERVICES FOR PATIENTS

Higher quality services for patients featured as a priority for the NHS in the manifesto on which the Government was elected. A quality strategy should respond to patients' needs and expectations, and inform and influence working practice of all NHS staff. New and systematic action is needed to raise standards and ensure consistency. This White Paper seeks to promote continuous improvement of the quality of care by proposing a strategic framework which addresses:

- *High Quality Standards;*
- *Quality of Delivery;*
- *Monitoring and Evaluation of Standards and Delivery.*

Defining Quality

3.1 The pursuit of improving quality underpins the Government's commitment to better services for patients and must be a shared responsibility of everyone in the NHS. It must extend to all aspects of the work of the NHS, including the effectiveness of clinical practice, the achievement of ever higher standards, the creation of conducive physical and organisational environments and responsiveness to the needs of users. While quality of health care has been defined as a level of performance or accomplishment that characterises the health care provided, increasingly more user-orientated definitions have been applied which also recognise the importance of peoples' needs and expectations. Patients often experience services differently from the NHS staff who provide them. Patients want to be seen quickly in conditions which respect their privacy and dignity and to be cared for by staff who understand their needs and concerns as individuals.

3.2 Concern with quality of care is not new. In common with other public sector services, the NHS has a long history of protecting patients' interests. There are a wide range of mechanisms in existence, including educational accreditation by professional bodies for training purposes; the series of formal Confidential Inquiries into critical events, such as Maternal Deaths, Perioperative Deaths, Stillbirths and Deaths in Infancy; clinical audit; Audit Commission studies; Chartermarks; organisational accreditation systems and the contributions of Community Health Councils and the Health Advisory Service. However, in spite of some outstanding examples, activities remain fragmented, coverage is incomplete or arbitrary and there have been serious lapses which have harmed individuals and dented public confidence.

3.3 The NHS Wales Clinical Effectiveness Initiative, which is unique in the UK, was launched in May 1995. It aims to build on the personal commitment and enthusiasm of all who provide health care and help them to review and adapt their practice wherever appropriate to achieve better results for patients. There has been much activity in the past two years - at both local and national levels. Today, all NHS trusts in Wales have clinical effectiveness teams and the national demonstration projects for pressure damage, emergency admissions for chest pain, schizophrenia, stroke and diabetes are reporting practical difficulties associated with implementing changes in clinical practice. This feedback will be used to target shortfalls through the future work programme for clinical effectiveness. Notwithstanding the progress made, it is becoming increasingly evident that a successful quality strategy can be implemented effectively only by adopting and managing a comprehensive and coherent approach which is owned by everyone working in the NHS and is responsive to the needs and expectations of patients.

A Strategic Framework for Quality in NHS Wales

3.4 In his speech to the Institute of Health Service Management Conference in June, the Secretary of State for Wales gave a commitment to continuous improvement in the quality of care. From the outset, service planning and delivery should be designed through the eyes of the patient. To meet that requirement the Welsh Office proposes that a strategy to improve services should:

- enshrine high quality standards which link directly to effectiveness and the ability to achieve improvements in outcomes for patients;
- ensure a quality of delivery which is sensitive to patients' needs, provided in a conducive environment, by a workforce which is trained and educated to the highest professional standards;
- monitor and evaluate standards and delivery, by measurement of the outcomes of care against agreed standards for

continuous improvement to take place.

3.5 Quality should be a unifying theme for all health care sectors and high-quality management should ensure that these components are considered at appropriate points in the planning and delivery of health services, from the overarching Health Improvement Programmes to treatment programmes drawn up for individual patients.

High Quality Standards

Clinical Effectiveness

3.6 Patients and the public need to be confident that the care provided by the NHS is of the highest standard. Decisions about the provision and delivery of clinical services must be driven increasingly by evidence of effectiveness and evaluated by outcome measurement supported by appropriate measurements of structure and process.

3.7 The Department will continue to support research which generates new evidence where none exists and to develop mechanisms which ensure that available evidence is used to good effect. Central funding has supported the NICE Project (New Information for Clinical Effectiveness) which uses the NHS Wales Intranet as a vehicle for improving access to sources of research information. This will be rolled out in 1998 to 200 health care teams across Wales.

3.8 The Welsh Office will build on the work of its clinical effectiveness initiative which has a stated objective that all who provide health care will work together and in partnership with patients to increase the proportion of clinical care which has been shown by evidence to be effective. The Government wishes to ensure that ineffective practices are discontinued and that inappropriate variations are targeted. In order to demonstrate use of evidence, health authorities will be required to monitor and explain statistical trends for ten surgical interventions which fall into either a high cost or high volume category and for which evidence exists to support changes in practice.

3.9 Improving clinical effectiveness is at the core of the quality agenda and will remain one of the key priorities for NHS Wales. In future, health authorities will be required to work with trusts and Local Health Groups and publish a strategy and action plan for clinical effectiveness to deliver a rolling programme of work which will form part of the local strategy for improving health and be monitored for progress.

3.10 Much work has been done on the production of guidelines at national and local levels and the development, publication and maintenance of guidelines will remain the responsibility of the appropriate professional body. But the production of guidelines and evidence-based material needs better planning and targeting if the full potential is to be achieved. To streamline and strengthen these activities the Welsh Office proposes to work with the professions by being party to arrangements for a new National Institute for Clinical Excellence. This professionally-led body will work to a programme agreed by the health departments and will produce and disseminate:

- clinical guidelines which draw on relevant evidence of clinical and cost effectiveness;
- associated clinical audit methodologies and information on good practice in clinical audit.

National Service Frameworks

3.11 The Welsh Office will collaborate with other UK Health Departments to develop National Service Frameworks which combine best available evidence of effectiveness with the user perspective. Its approach to the development of cancer services in the Calman/Hine and Cameron Reports signals the way forward for other service priorities. The next framework will relate to the cervical screening programme in Wales. It is vitally important that all women invited to take part in any screening service have confidence in its high quality which is rigorously monitored. To ensure that the cervical screening service in Wales is both consistent and of the highest standard, a new National Service Framework will be produced during 1998.

3.12 The guidelines issued by the new National Institute for Clinical Excellence together with National Service Frameworks will help ensure greater local consistency between health authorities and Local Health Groups in the planning and provision of top-quality services for major diseases and conditions.

Patient's Charter

3.13 The Patient's Charter has been a mixed success. It has gone some way to improving the responsiveness of key NHS services and has helped the NHS demonstrate that it is an organisation which puts the patient first. However, the Charter and the NHS performance tables, which are published each year, focus too much on service delivery and too little on the issues

which concern patients most, such as the quality and success of treatment and on what they can do for themselves. While the Patient's Charter has placed a new emphasis on the availability of information about health issues, a gap exists between public expectation and what happens in practice. This was confirmed by the Welsh Health Survey, which found that four out of ten people wanted better information about their treatment. If patients are going to be equal partners in their health care they should be given clear, comprehensive and personalised information about the risks, benefits and treatment options for their conditions. They and their families should have an opportunity to make up their own minds within a supportive doctor-patient relationship. We must also ensure, where appropriate, that the opportunities offered by new technology - especially the Internet - are fully exploited in improving access to information. A new NHS Charter for Wales will be developed by July 1998 and views are being sought from NHS Wales and the public about what should be included.

Waiting Times

3.14 In addition, the Government is committed to a fresh approach to waiting times. Public concern has increasingly focused on the time that patients have to wait for treatment. The current Patient's Charter focuses on guaranteeing a maximum waiting time for all patients. This reflects the process by which the NHS delivers health care, rather than the outcomes of health care. A more discriminating approach to waiting times is now needed - one which reconciles rising demand with available resources and which includes a greater emphasis on clinical prioritisation. This will provide quicker access to treatment for those who need it most. Consultation on a new approach is already under way in Wales, alongside two pilot projects which are testing a waiting list priority scoring system and are expected to produce results in 1998.

3.15 *This need not delay progress. We will improve access to specialist services so that everyone with suspected breast cancer will be seen by the hospital's breast team within five working days of receipt of their GP's request that they should be seen urgently. We will also guarantee that from 1998 all diagnostic tests that are needed will be carried out in one visit and that patients will receive their results within five working days.*

3.16 *Patients need to be sure that different concerns are dealt with by specialist teams working to agreed standards. During 1998 we will establish multi-professional groups for breast, colorectal, lung, urological and haematological cancers. By 1999 all cancers will be covered by similar arrangements.*

Better Information for Improved Care

3.17 Good quality information is essential to the pursuit of the Government's key objectives for the NHS. Staff must be able to record, retrieve and share information about patients and services to enable them to care for their patients and to plan and manage services effectively and efficiently. The Information Management and Technology (IM&T) Support Programme for Wales will ensure that the NHS has an adequate infrastructure to enable health care information to be shared promptly, economically and securely in fulfilling its objectives, through delivering the key components of the programme:

- a secure telecommunications network;
- a common language to enable consistent meanings to be attributed to words, terms and data;
- corporate standards for data quality (accurate, timely and complete);
- corporate information services, including the development of a "Health of Wales" information system;
- training and development in better use and management of information; and
- a corporate strategy for IM&T.

These issues will be included in the next phase of work on the NHS Service Review.

Quality of Delivery

Patient Responsiveness

3.18 The NHS must provide health services which are of a consistently high quality and available to all. Patients should be treated in an environment which is conducive to improving health and provided by a workforce trained and educated to the highest standards. Underpinning this White Paper is the need for the planning and delivery of NHS services to be viewed from the perspective of patients. This means finding out what patients want, shaping services which are sensitive to patients' needs and meeting their preferences wherever this is practicable. The NHS should give the highest priority to looking at services

from the patient's perspective and to making changes designed to improve their experience. Changes which have already been made include the setting up of waiting times information services and telephone helplines, and steps to provide more privacy and dignity for hospital patients - including more single sex accommodation. But increasing attention must be paid to involving patients more in decisions about their care and to providing adequate information on which to base those decisions. The Audit Commission report, *What seems to be the matter?*, which examined communication with patients in hospitals, identified three areas where changes can lead to improvements in the quality of communication:

- structuring multidisciplinary and team working;
- developing an awareness of the patient's point of view;
- closing the gap between clinical work and general management.

3.19 The Government will continue to drive to ensure that patients are better informed and will expect health authorities and NHS trusts to work in partnership with education and regulatory bodies, assess the continuing education and training needs of staff and, in meeting them, promote multi-professional team working, evidence-based practice and lifelong learning.

3.20 To inform this process a new national survey of patient and user experience will be introduced at the health authority level from 1998. Further consultation on the conduct, content and use of the survey in Wales will be undertaken, but its fundamental purpose is to provide systematic evidence of NHS performance against the relevant criteria in paragraph 2.3, and to provide an authoritative basis for comparing performance across the nation and further afield.

Complaints

3.21 There needs to be an efficient and effective complaints system. When things go wrong it is important that people are able to complain and that their concerns are handled quickly and fairly. New complaints procedures came into effect in April 1996. They will be evaluated in 1998 and the results used to decide whether changes are desirable in association with the results of consultation on new ways of involving the public.

Clinical Governance

3.22 The assurance and promotion of appropriate professional standards will continue to be provided by the responsible professional bodies with a continued emphasis on professional self regulation. The Government will work with professional and statutory bodies to promote and enforce the highest standards, but there is a requirement for practitioners to accept responsibility for developing and maintaining standards within their local NHS organisations. Every NHS trust and Local Health Group must take forward the concept of clinical governance by adhering to the requirements laid down in Chapters 4 and 6.

Accreditation

3.23 The Department will investigate the extended use of accreditation systems.

In some ways the structural aspects of care, eg availability of suitable buildings, equipment, numbers of trained staff, are the easiest to measure and have been used as proxy measures for quality assessment purposes. In recent years the NHS has invested in a range of accreditation systems which include:

- Kings Fund Organisational Audit;
- Health Services Accreditation;
- ISO 9000;
- Chartermark;
- Investors in People.

In 1998, the Value For Money Unit will complete an evaluation of the current accreditation systems and, in consultation with the NHS, make proposals for the way forward for NHS Wales and share best practice in the achievement of a successful and coherent accreditation strategy.

Organisational Development

3.24 There is increasing awareness of the need for whole-systems approaches to improving clinical and service quality, which is reflected in part by the development of systems accreditation. Such systems are limited to single organisations. With the greater emphasis on continuity of care for patients, working across professional, departmental and organisational boundaries and the development of care partnerships are coming to the fore. Increasing attention is being paid to care programmes, care pathways and service frameworks which focus on the patient and his/her journey through the health care process. Such mechanisms are being supported by the development of explicit standards of care and service delivery protocols, for example the Calman/Hine Report on Cancer Services. In Wales, this is being implemented by adopting the recommendations described in the Cameron Report.

3.25 The Government wishes to encourage such developments but recognises that successful change of such magnitude will require a new culture within the NHS in Wales, its organisations and care partners in other public and private sector organisations. To effect such change, so that consistency and continuity of care for all patients is the norm, will require the commitment of whole organisations at all levels to develop partnerships. It will also require collaborative development of information systems which enable the secure, effective and timely sharing of patient care information across professional and organisational boundaries. A key component of this is the reliable identification of individual patients as they move across these boundaries. The new NHS Number was introduced last year as an important aid to patient identification, and it is essential that all NHS organisations ensure its universal use as soon as possible in all communications about patients, and in all patient records.

3.26 Sharing patient information is about more than technical issues; it is also about better services. Patients and their GPs benefit from leaving hospital with accurate information about their continuing care. *We will improve existing levels of information; by March 2001 60% of hospital and community health services will be able to provide electronic discharge information at the time of the patient's discharge. By early 2003 this service will be available across the country.*

3.27 Changing practice in one small part of an organisation has knock-on effects on other organisational systems. Fundamental change to the delivery of services requires time for organisations to build new relationships, new information flows, a common understanding and new skills. Organisational development is seen as crucial to bringing fresh approaches to care and firmly embedding them within developing systems. NHS organisations are required to examine new approaches to care which:

- focus on the patient's journey through the process;
- are capable of creating alternatives to existing functional and organisational arrangements;
- are open to testing and validation;
- are capable of developing process-based performance measures.

Monitoring and Evaluation of Standards and Delivery

3.28 Monitoring of quality standards and delivery is a weakness in the NHS as it currently operates and will need to be strengthened for the sake of public and patients' confidence. In the past, quality assessment has been performed by a variety of methods, some professionally and others managerially led.

Clinical Audit

3.29 Clinical audit is a professionally-led exercise which seeks to improve the quality and outcome of patient care through clinicians examining their practices and results against agreed standards and modifying practice when appropriate. At present, clinical audit requires the painstaking and laborious review of (mainly paper) clinical records. The replacement of paper with electronic records as part of clinical information systems will enable the convenient and efficient collection, retrieval and analysis of patient care data. Professional bodies and the NHS should collaborate to maximise the potential of audit by:

- recognising the importance of patients' views/experiences;
- recognising the role of managers, who have a responsibility for quality assurance within their organisations. Whilst it is the task of clinical staff to identify clinical standards against which to audit their practice, managers have a role in the endorsement of those standards to ensure that they are recognised as organisationally appropriate and can form the basis of discussions with bodies which have responsibility for accessing health care;
- linking with education programmes; and

- conducting intersectoral audits.

3.30 In order to achieve this in the new settings, health authorities, trusts and Local Health Groups will be required to agree a rolling programme of work for clinical audit activities and monitor results, and a rolling programme of investment in clinical information systems to support clinical audit and clinical care.

Local Responsiveness

3.31 NHS services and organisations need to be responsive. Steps must be taken to find out what patients and communities want and to consult them over proposed changes in the pattern of service delivery. As statutory bodies, Community Health Councils (CHCs) have a role to play in pulling together local views. However, there may be other ways by which the NHS can tap the views of the communities it serves; user surveys, focus groups and citizen's juries may be useful mechanisms amongst others for gauging reaction to particular proposals and engaging local opinions.

3.32 This White Paper provides an opportunity to relook at arrangements for public involvement and the roles and responsibilities of CHCs. The simple status quo would be inconsistent with the changes being introduced elsewhere and would be a lost opportunity to develop relevant leverage for patients and communities in the new settings.

3.33 Ministers see some advantage in providing the public with mechanisms that relate directly to the particular responsibilities of the different organisations. This White Paper requires all trusts to put in place new arrangements for patient representation and all Local Health Groups, where decisions will increasingly be taken on the services which are needed, to develop new ways of including the public.

3.34 The Secretary of State is also considering fresh ways of facilitating service development and changes where these are responding to local needs. These may be by giving health authorities delegated powers to approve minor local changes following consultation, with local voices having earlier opportunities to influence proposals as they are being developed, and by looking afresh at the implementation of the existing regulations (the Community Health Council Regulations 1996). In addition, the Welsh Office will publish a consultation paper in 1998 seeking views on other options available to engage the public in the planning and oversight of services provided by the NHS.

Performance Monitoring

3.35 All parts of the health service will need to emulate the best. In the exercise of strategic leadership, health authorities should ensure that resources are deployed to best effect. Variations in performance have been too wide in the internal market because incentives and levers have not adequately reflected responsibilities and objectives.

In 1996-97 in NHS trusts in Wales:

- the cost of an inpatient hernia operation varied from £700 to £1,500 between trusts;
- the percentage of varicose vein procedures undertaken on a day-case basis ranged from 10% to 70% between trusts; and
- the average length of stay for joint replacement varied from less than ten days to more than eighteen days.

3.36 To emulate best performance, we need to be able to identify it. This calls for relevant information, openly shared. It is important that we continue working towards establishing a common language and systems so that meaningful comparisons can be made. Early in 1998 the Department will begin a pilot study of a range of clinical indicators and subsequently evaluate their use.

3.37 The use of benchmarking in the field of service quality is limited. In addition to benchmarking the wider performance measures, health authorities, Local Health Groups and trusts will be required to explore ways of comparing the quality of the services they provide with those of the best elsewhere. This need not be restricted to other bodies within the NHS; much can often be learned from organisations in very different fields.

The New Commission for Health Improvement

3.38 The importance of monitoring and evaluation of health care is that benefits, or otherwise, for patients can be assessed and appropriate steps taken. Current mechanisms lack clarity about responsibility and accountability for tackling shortfalls and for ensuring remedial action when problems are detected. The Department will be party to the setting up and work of a new Commission for Health Improvement. This will be a statutory body, which will operate at arm's length from Government. It

will offer an independent guarantee that local systems are in place to monitor, assure and improve clinical quality and it will support local development of quality. It will 'spot check' the new arrangements and will also have the capacity to offer targeted support on request to local organisations facing specific clinical problems

3.39 Where local action is not able to resolve serious or persistent problems, the Commission will be able to intervene, by invitation from NHS bodies or on the direction of the Assembly. In these instances, the Commission would both investigate and identify the source of the problem, and work with the organisation on lasting remedies. It will also be able to recommend to the Assembly other immediate action. The Assembly will have powers (like the Secretary of State now) to remove NHS trust chairs, boards and non-executive directors where there is evidence of systematic failure. The Commission may also undertake an agreed programme of systematic service review, following through implementation of the national service frameworks and the guidelines developed by the National Institute for Clinical Excellence. The Commission will have a membership drawn from the professions, NHS, academic and patient representatives. It will be funded from existing resources.

Openness in the NHS

3.40 There should be less secrecy in the NHS. The Code of Practice on Openness set out the basic principles underlying public access to information about the NHS in Wales. Health authorities and NHS trusts are now required to hold their board meetings in public. The NHS must adopt the spirit as well as the letter of the Code, not only by responding positively to requests for information but looking for opportunities to reduce secrecy and share information with patients and the public. As a first step we will require NHS bodies to establish a web page on the Internet and NHS Cymruweb which gives information about service availability and performance standards.

3.41 Procedures for filling non-executive vacancies on health boards will create a more representative and local membership and provide another vehicle for local people to influence health services. The process will be open and transparent and in conformity with the Nolan Principles and the guidance published by the Committee for Public Appointments. In addition, the Welsh Office will explore further options for adding to the local competence and representativeness of health authority and trust boards, in particular to enhance their abilities to work across organisational boundaries.

SUMMARY

The new focus on quality requires:

- *trusts and Local Health Groups to adopt the concept of clinical governance and make arrangements to ensure that responsibilities for quality are met;*
- *health authorities to work with trusts and Local Health Groups and publish a strategy and action plan for clinical effectiveness and clinical audit activities to deliver a rolling programme of work as part of the local strategy for improving health.*

In support of this work:

- *nationally, the Welsh Office will be party to the establishment and management arrangements of a new National Institute for Clinical Excellence and Commission for Health Improvement;*
- *a new NHS Charter will be produced by June 1998 and a waiting list priority scoring system tested;*
- *the new complaints procedures and accreditation system will be evaluated and proposals made in 1998 on the way forward;*
- *a National Service Framework for the cervical screening programme will be produced in 1998.*

Valuable progress can be made immediately in the following areas:

- *all urgent referrals for breast cancer to be seen within five working days;*
- *monitoring and analysis of statistical trends for ten surgical interventions for which evidence exists to support changing practice;*
- *hospital and community health service organisations making arrangements to provide patient discharge information*

electronically and transfer GP test results electronically.

4 LOCAL LEADERSHIP FOR THE NHS

The Government intends that the NHS should plan to protect, promote and improve health as well as treat illness. To achieve this, all parts of the service will need to be clear about their roles and responsibilities which should be devolved to the lowest effective level. With additional statutory responsibilities, health authorities will develop strategic alliances with those statutory and voluntary bodies which can make a contribution, and they will harness the efforts of all members of the local NHS family to achieve strategic health objectives on behalf of the population they serve. They will establish Local Health Groups, usually coterminous with unitary authorities, to include primary care professionals and representatives of the local community in delivering the wider health agenda and in promoting the development of primary and local care.

Health authorities will play their part in rebuilding public confidence by securing public participation in the development of Health Improvement Programmes; ensuring that Local Health Groups have effective public involvement; publication of their performance agreement with the Assembly and including a requirement in their agreements with local trusts that improved arrangements are established to represent the views of service users.

An enhanced role for health authorities

4.1 With the abolition of the internal market and the introduction of new responsibilities and new structures, the functions of health authorities need to change. They continue to be needed to protect and improve the health of their populations and to promote equity for their residents; but these must be addressed within the operational principles set out below.

4.2 The present commissioning arrangements, based on five health authorities, have been established as the result of careful consideration by the Welsh Office and NHS Wales. After less than two years, the disruption associated with merging and reducing the number of district health and family health service authorities is only now settling down. The Secretary of State wishes to avoid fresh turbulence; the proposals in this White Paper, therefore, consolidate existing gains. The Assembly will have powers to review the number and functions of authorities, but retaining the existing bodies will allow them to respond to the new world and deliver the Government's objectives.

Roles and Responsibilities

4.3 The new priorities for health authorities will require them to become more strategic and more focused on improving health. They will retain many of their existing responsibilities which were not associated with the internal market. Unless otherwise revised, these include agreeing what needs to be done to improve the health and health care of local people and to extend choice, supporting the work of GPs and other contractor professions, the measurement and public reporting of health status and epidemiology, the provision of independent medical, dental, pharmaceutical and nursing advice and a range of functions to protect public health and to respond to outbreaks of communicable diseases.

4.4 Local sensitivity and flexibility are key to the Government's health agenda; Local Health Groups will deliver this. Health authorities will be called on to establish and support them, ensure they have access to appropriate information, skills and management support and to provide them with a clear and fair share of available resources. Proposals concerning Local Health Groups are set out in paragraphs 4.15 to 4.33. The Government recognises the value of primary care and is committed to enhancing its role in the NHS. Health authorities will support and develop the practice of primary care both directly and via the Local Health Groups which they establish. Local Health Groups will produce frameworks for the development of primary care which health authorities will draw together and support financially from an earmarked development fund.

Working Across Boundaries

4.5 A new statutory duty will be placed on NHS bodies to work together in the pursuit of common goals. The Government intends that this should also extend to local authorities, with whom health authorities will be required to develop shared goals, aligning efforts and information systems to facilitate the development of a common approach to improving health. Health authorities will have the overarching role to ensure that the NHS locally works together for the benefit of the populations they serve and to secure co-operation more widely where health matters are concerned. In particular, they will co-ordinate inputs into local Health Improvement Programmes which will identify the health needs of local people and how it is intended to meet those needs.

4.6 Health authorities will work with others to develop strategies and commission services to improve the health of local people. Some essential tasks such as protecting and promoting public health and shaping health care systems are best

undertaken at higher population levels. Some tasks could be undertaken more locally, but the extra costs and bureaucracy would outweigh the benefits.

4.7 Other functions, which could be carried out more locally, need to be co-ordinated at higher population levels; among these are health needs assessment; balancing competing priorities and determining the need for major service development. The Secretary of State will consider whether there is scope to streamline some tasks to focus the management resource on the key strategic functions. He will also review with health authorities the executive structure needed to address the new agenda.

4.8 Health authorities should provide strategic leadership at this population level and co-ordinate the efforts of the NHS family in their areas to improve the health of the population they serve. They will also need to form stable alliances with other organisations which can play a part in improving population health. Health authorities, Local Health Groups, trusts, local government and others will plan appropriate services together. For patients with continuing health care needs or where organisational and professional co-operation is of the essence (for example, services for children), health authorities and unitary authorities will produce joint investment plans. In Wales, Joint Consultative Committees will be expected to co-operate in a comprehensive plan at the higher population level of health authorities. The Government will also explore the scope for even closer working between health and social services. This more integrated approach will be of particular benefit to patients such as those with disability or mental health problems, who need the support of both health and social care systems. Specific proposals for inter-sectoral working in the interests of public health will be set out in a consultative paper early in 1998, but it is clear that health authorities will play a pivotal role in delivering the NHS part of that agenda. In this way they will form the bridge between the Assembly's national strategic role and the activities of the Local Health Groups at the community level.

Strategic Leadership

4.9 Health authorities will draw together Health Improvement Programmes. These programmes will set out in a single document a clear agenda for the first three years and indicate broad intentions for years four and five. They will include a number of strands:

- a framework for primary care;
- a pattern of local service configuration which takes account of clinical, accessibility and affordability considerations, and the views of local people; and most importantly
- comprehensive and integrated action plans to improve the health of local people across a range of health gain areas.

They will be drawn up in close consultation, and jointly agreed with Local Health Groups and trusts, working with local government to express a common purpose and put an end to fragmentation.

4.10 Health authorities will also be required to work together to agree strategic principles and cross boundary flows and to contribute to the planning, development and oversight of new and supra-district services commissioned by the Assembly.

4.11 This White Paper emphasises the need for organisations and individuals to work together. This ideal may not always be achievable. Health authorities will monitor implementation of Health Improvement Programmes by NHS trusts, Local Health Groups and others. To ensure that objectives are being realised health authorities will be empowered to intervene where the actions of either Local Health Groups or NHS trusts go against the grain of health improvement strategies or are otherwise failing. Specifically, they will be able to:

- require their agreement to new developments, including key permanent new posts in NHS trusts;
- direct local service configuration in line with Health Improvement Programmes, indicating where necessary which facilities will become surplus to requirements;
- retrieve functions delegated to Local Health Groups.

Long-Term Agreements

4.12 The bureaucracy associated with annual contracts will be eliminated in the new system. Instead, acting to fulfil the agreed requirements of Local Health Groups, health authorities should establish longer-term agreements with NHS trusts which:

- deliver the service aspects of Health Improvement Programmes;

- are driven by proposals from Local Health Groups;
- incorporate, as a minimum, national quality and outcome standards;
- promote efficiency;
- indicate trust funding levels; and
- set the strategic direction of trusts.

4.13 These agreements will typically cover periods of three years, though longer-term agreements may be appropriate in some circumstances. Local Health Groups and trusts may agree to vary activity and funding more frequently. Local Health Groups will also be able to inform health authorities that they wish to work with an alternative trust in the event that agreed standards or costs have not been achieved within the timeframe of the agreements. Mechanisms will be introduced to underpin new service configurations agreed by health authorities and to enable Local Health Groups to transfer work to new providers, retaining any savings for reinvestment in patient care. On the basis of the agreements, trusts will develop operational plans setting out details of activity and costs which, in their turn, will be signed off by the health authority.

Extra Contractual Referrals (ECRs)

4.14 In the ECR system, the care of patients with special clinical needs was often the subject of heated debate between GPs, health authorities and trusts about the coverage of contracts and whether the patients' care would be paid for. Under the new arrangements, ECRs will be abolished, but the Government recognises that there will always be occasions when patients' special needs or circumstances will require flexible arrangements. From April 1999, new arrangements will be established based on adjustments to Local Health Group and health authority allocations, rather than invoicing. Further guidance will be issued during 1998.

The Government intends to build the NHS around the needs and wishes of the people who use it. It is the GP, supported by community health staff, who is the most familiar point of contact for most patients, who knows the patient the best and who opens the gate to other services. The GP has the central role in ensuring that patients have access to the best the NHS has to offer. GPs, along with others in the NHS in recent years, have taken on extended duties and responsibilities in influencing the services their patients need. The Government intends to develop this so that local communities can benefit from the enthusiasm, skill and experience of GPs, nurses, dentists, community pharmacists and their colleagues in primary care. GPs and other primary care professionals will be given the opportunity to take their place at the heart of an inclusive network of local interests with a remit to shape and deliver local health care tailored to the needs of the patients they serve. Local Health Groups will be established to give GPs and other local stakeholders the opportunity to take increasing responsibility for shaping health services to meet local need and by taking responsibility for commissioning local health care.

NHS Wales and its communities already enjoy significant levels of national cohesiveness and consistency. It would be wrong to replace the divisiveness of the internal market with new and different divisions. Accordingly, the proposals for Local Health Groups have been developed to maximise continuity and consistency across NHS Wales while providing comparable opportunities for the Local Health Groups to improve local services within their control.

Present Position

4.15 The present commissioning arrangements based on five health authorities were established in April 1996. Welsh local government was reorganised at the same time and the 22 unitary authorities now provide a valuable and stable basis on which to build the spirit of co-operation which is at the heart of this White Paper. All five health authorities have boundaries based upon those of their constituent local authorities.

4.16 All health authorities have established arrangements to work with and support local communities, forge links with local authorities and develop partnerships with primary care teams. In four of the five authorities, these arrangements are already based on local authority areas. Primary care staff already play a key role in making these arrangements work.

4.17 Three Locality Commissioning Pilots will be going forward from April 1998. These will identify the opportunities for developing the role of GPs, working together with other professions and their local communities to shape health services and improve the health of the people who live there. They will provide valuable lessons for the future.

4.18 A reconfiguration of trusts has already been set in hand and consultation on a fresh framework of trusts will begin in the summer of 1998, with a view to the new arrangements being put in place from April 1999. The Secretary of State intends that

the development of Local Health Groups and the reconfiguration of trusts should be mutually reinforcing in addressing common approaches to managing services across organisational boundaries.

The Way Forward

4.19 We wish to see local arrangements in place to:

- ensure that primary care is empowered and supported to improve the health of its population and the health services provided to them and to take greatest advantage of the experience and enthusiasm of practitioners;
- ensure that quality standards and service protocols are determined by direct discussion between primary and secondary clinicians;
- identify health and service needs that reflect the priorities of the local people and their representatives;
- ensure that the resources available are distributed fairly both to and within localities;
- build effective links between providers of primary, community, secondary, and social care so that local people benefit from comprehensive, integrated services closely attuned to their needs.

New Responsibilities and Fresh Opportunities

4.20 At the heart of the Government's reform of the NHS is its vision of local decision taking in collaboration with others. We will, therefore, create Local Health Groups across Wales. Local Health Groups will bring together GP practices, other health care professionals, representatives of social services departments and voluntary organisations to work with local NHS trusts on behalf of local populations. All Local Health Groups will have two objectives - to provide the building blocks of the Health Improvement Programmes, which the health authorities will draw together to ensure that they reflect the needs and perspectives of local people, and to provide improved services for their patients in primary, community and secondary health care settings.

4.21 At the outset, Local Health Groups will be established as sub-committees of health authorities, but they will be responsible for commissioning local services and will be able to take decisions about resource use so that they can provide the best fit between need and resources. Under this relationship, accountability will be expressed through a publicly-available performance agreement which will be monitored by the health authority and contribute to the health authorities' performance monitoring programme with the Assembly.

4.22 The existing framework of local government in Wales already provides a suitable and stable basis for local action in most areas. Unless there are firm local agreements to alternative configurations, therefore, each Local Health Group is likely to be coterminous with unitary authority boundaries to facilitate joint working. Within that wider framework, opportunities will exist for smaller groups of practices to establish closer links to test out innovative approaches to meeting their patients' health needs.

Roles and Responsibilities

4.23 Each Local Health Group will:

- have a governing body which reflects the range of health professional interests within the locality, including GP practices, the social services department and other community interests. The chairman will be appointed from within the governing group and will often be a general practitioner;
- play a full part both in establishing and implementing the Health Improvement Programme of their district to reflect local need;
- develop primary care locally;
- make clear arrangements to involve, consult and respond to the local community and to better integrate the delivery of primary and community health services in local settings;
- working with the health authority, commission services to meet identified need;
- have a clear management structure agreed with the health authority;

- account to the health authority for progress and, if necessary, correct off-track performance.

4.24 Local Health Groups will be expected to help primary professionals to enhance the quality of care. Good progress has been made in Wales with the work of primary care effectiveness groups. In future Local Health Groups will be required to agree action plans for clinical effectiveness and clinical audit.

In addition, as part of the development of clinical governance in NHS Wales, each Local Health Group will nominate a senior professional to take the lead on standards generally, on professional development within the Group and to encourage action within GP practices.

Delivering Local Care

4.25 The Secretary of State intends that Local Health Groups should become more than advisory bodies to health authorities as quickly as practicable in differing local settings. They will, therefore, have available to them budgets reflecting their population's share of available resources for hospital and community health services, prescribing and GP staff, premises and computers. Groups will commission services and prescribe within this budget and have freedoms to redeploy resources to address local health needs as identified by individual practices. The new arrangements will give flexibility within the total sum to fund services that clinicians decide best meet patients' needs, while removing artificial boundaries on drug treatments in the current funding arrangements. These freedoms will reflect the full range of flexibilities valued by fundholders and others.

4.26 In addition, in support of the development of locally configured and managed services, the Welsh Office will explore and encourage innovative ways of building on existing models for the provision of health care in new settings managed by Local Health Groups. Along with local trusts, local authorities and voluntary bodies, they will make a reality of delivering comprehensive services which reflect patients' interests, including the planning and provision of services which cross boundaries, which might include continuing care, substance misuse, child protection services, community services, some aspects of mental health and health promotion services, and services for people with learning difficulties.

4.27 The Groups will work with individual GP practices and others to ensure best use of resources to promote good practice and address weaknesses. They will also be able to play an important role in developing primary care through joint working across practices, by providing a forum for professional development, audit and peer review and through using resources in new ways.

Funding

4.28 Budgets will remain within the ultimate financial control of the health authority and its accountability frameworks. Local Health Groups will be expected to work within those budgets, which may be net of reasonable and transparent strategic reserves which the health authority considers it necessary to retain, for example for centrally commissioned services, service reconfiguration, and risk management. Each Local Health Group will have available their population's share of the available resources for hospital and community health services, prescribing and general practice infrastructure. These resources will allow the Group and its members to commission and provide services. Within this single cash limited envelope, the Group will have the opportunity to deploy resources and savings to strengthen local services and ensure that patterns of care best reflect their patients' needs.

4.29 Everyone with public resources at their disposal - whether financial or otherwise - will be expected to add value by responding positively to the needs and concerns of local communities and by changing existing methods of working and programmes for the better. The Local Health Groups will fail in this objective if they settle for the status quo, give priority to organisational ambition over patient interest or fail to grasp the opportunities available to them. The new arrangements will give Local Health Groups the tools as well as the incentives with which to develop prompt, accessible and responsive services for local people and to play a part in improving health in its widest sense.

4.30 Local Health Groups will have access to the information, support and skills they need to carry out their role. The decision about how to make best use of relatively scarce skills such as information analysis, management and epidemiology, will be for local decision. By co-ordinating tasks at the locality level and avoiding the bureaucracy associated with GP fundholding, economies of scale will be realised when viewed across the health authority as a whole; these can be used for better patient care.

4.31 Local Health Groups will build on the experience and best practice of developments under the fundholding scheme in the particular settings of Wales and its institutions. They will be the model within which the advantages of GP fundholding have their new expression. In parallel, the Welsh Office will look to learn lessons from the locality commissioning pilots as they develop, explore with interested bodies, particularly professional bodies, good practice from existing models, and look to health authorities to encourage rapid progress in areas where circumstances are encouraging. Health authorities will be

required to give help and support to Local Health Groups wishing to expand and develop their role.

The Future

4.32 The development of Local Health Groups will be evolutionary. From a position where Local Health Groups act simply in support of health authorities in commissioning care for their populations, they will be able progressively to take devolved responsibility for managing budgets as part of the health authority; become free-standing bodies accountable to health authorities for their commissioning functions and, as appropriate, managing a range of community services.

4.33 Legislation will be brought forward which will provide for the creation of Primary Care Trusts. Decisions in this area will be for the Assembly in the light of experience, local circumstances, demonstrable evidence of managerial, financial and risk management competence across the participating players, and the patient benefits which are intended.

SUMMARY

Existing health authorities will be retained with reinforced responsibilities for improving the health of the local population. New statutory responsibilities will be introduced to require health authorities to work in partnership with local government. They will be expected to become more strategic organisations working through Health Improvement Programmes.

The executive structure of health authorities will be reviewed to align it with the new agenda.

Each health authority will establish Local Health Groups to involve primary care practitioners and representatives of local government and community groups to work together to determine local services within the boundaries of a fair proportion of resources. As they grow and develop, Local Health Groups will have progressively more influence in determining the shape of health care services for local people.

Annual contracts will be replaced by longer-term agreements as the key mechanism for driving up performance.

Health authorities will have reserve powers to:

- *direct the configuration of local services, where necessary, indicating which facilities will become surplus to requirements;*
 - *veto new developments, including important new posts, which are not in line with strategic objectives.*
-
-

5 PRIMARY CARE: A SOUND FOUNDATION

This chapter recognises and builds upon the traditional strengths of primary and community health care. It looks forward to a new and invigorated primary service, playing a major role in the delivery of health care within the wider relationships and responsibilities of a modern National Health Service.

It encourages patients to take on more responsibility for their own health, places a firm emphasis on their needs and on those needs being met by increasingly close co-operation between health professionals and other agencies.

Wasteful and bureaucratic market structures do not fit well with this emphasis on co-operation and equality of treatment. GP fundholding is to be abolished and replaced by Local Health Groups which will give flexibility and responsibility to those nearest the patients they serve.

There is a continued emphasis on delivering care and meeting need. The Government is committed to comprehensive local health services for all the people of Wales.

5.1 Primary health care is the foundation of the NHS. It is usually the patient's first point of contact with the health service; it is readily accessible to all. In recent years primary care has been under strain. Demands have increased and there have been further pressures as advancing technology and new patterns of care enable more and more work to be done nearer to people's homes. The future must bring a better balance between legitimate need, individual responsibility for healthier lifestyles and a responsible use of services.

Promoting Healthier Lifestyles

5.2 The Government will encourage a greater emphasis on personal responsibility by effective health promotion measures which will include a limitation on the advertising of tobacco products. There will be other innovative approaches such as a network of Healthy Living Centres which we will fund from the proceeds of the National Lottery. Policies will be developed and tailored to ensure that they are equally available to all the people of Wales, not just the articulate and the well off, and initiatives will be brought forward to encourage the provision of services by pharmacists and others which will compliment the more traditional services provided by the NHS. In everything, the needs of the patient will be paramount.

Developing Present Practice

5.3 Primary health care lives by co-operation. It is a responsive service provided by self-employed practitioners whose terms and conditions of service are common throughout the United Kingdom. To a large degree they decide what services to provide and their degree of commitment to the NHS. Whether doctors, dentists, pharmacists or opticians, they, their teams, and the community nursing and other services provided by NHS trusts, provide for Wales a comprehensive range of flexible and efficient services.

5.4 The Government does not propose to change these arrangements. It is determined to preserve them and their contribution to the life of a caring society; but they can be improved and the Government is equally determined to ensure that whenever and wherever possible inequalities are eliminated and deficiencies replaced by strengths. To carry this agenda forward the Government is determined to:

- reduce deficiencies and inequalities in the provision of services;
- encourage co-operation with secondary health care, social services and the voluntary sector;
- foster forward looking primary and community health services prepared to push out the boundaries of care, while preserving those standards which have served the nation well;
- facilitate progress on all of these by instituting a sustained programme of development and investment in clinical information systems and related technology.

5.5 The Government recognises that if these aims are to be achieved it is important that it retains the confidence and co-operation of professions in the field, that proper recognition be given to their skills and that that recognition should be backed by positive encouragement to use those skills in co-operation with others to the best benefit of patients.

Developing Roles

5.6 This was one of the main objectives of a package of measures announced in Wales shortly after the Government took office. Without being prescriptive, it aims to encourage many more professionals to work at the top end of their range of skills, thereby creating greater job satisfaction and offering a better service for patients. Experience has shown that there are occasions when a problem can be addressed by the substitution of one profession for another: for example, expert nurses are developing new roles and improving the quality of patient care. They work across organisational and professional boundaries, ensuring continuity in the diagnosis, treatment and after-care of patients and their families. Similarly, therapists are providing some treatment which a dentist would normally have provided. The Government is ready to encourage such developments where it is safe and appropriate and in the best interests of patients. We will also encourage better and more appropriate training fully to equip professionals to fill their expanding roles and to meet the changing needs of their patients.

Meeting Need

5.7 A more flexible approach to the delivery of health care can help the service to accommodate increasing demands and go some way to meeting present deficiencies. The Secretary of State will be watching closely the trials in England of a new 24-hour telephone helpline for patients and will consider its rollout in Wales in the light of experience of cost effectiveness and benefit to patients.

5.8 The Government accepts that greater flexibility will not provide a complete answer to existing and emerging problems in respect of primary care manpower. For many years the Principality has had insufficient dentists to meet its needs. Accordingly, increased amounts of money have been made available to attract new dentists to Wales and such support will continue to be offered. The Government has also recognised that there are emerging problems in the provision of medical and some other services and has already announced a programme of support which will help health authorities and practitioners to address those problems as or before they arise.

5.9 New technology offers important opportunities, too. Wales has been at the forefront of developing telemedicine. An experimental project in North Powys showed the potential for extending the roles and knowledge of local practitioners by having electronic access to distant specialists, as well as reducing patient and health professional travelling. To take this work further, the Ceredigion and Mid Wales NHS Trust is conducting a project to review the full range of trust services to find ways of using telemedicine technology to benefit much larger numbers of patients. The results will be published in the spring of 1998 and the Government expects health authorities and trusts to learn from such work and to exploit opportunities in their own areas.

Local Health Groups

5.10 The pressing need for a closer involvement with secondary health care, social services and the voluntary sector will be met only through action by all the parties involved. Primary health care has more flexibility than ever before to meet that challenge. Local Health Groups will involve all GPs and other professionals in decisions about local services, which will enable those services to be more responsive to local conditions than ever before. There will be new opportunities to work alongside other agencies to provide the seamless care which has been lacking in the past when the emphasis was on competition rather than collaboration. Within primary care the pilot schemes available for medicine, nursing and dentistry under the Primary Care Act will enable members of the NHS family to test new ways of doing things and to free themselves from the restrictions of complex central regulation. Taken together, they have the capacity to provide a comprehensive service, carefully attuned to local need and flexible enough to meet emerging health care needs in the new millennium.

5.11 This Government's vision is of an NHS with a common purpose, at ease with itself and with its partners. There is no place in that vision for wasteful competition or avoidable bureaucracy. Fundholding will be brought to an end in Wales. This will be approached in an orderly way, taking into account the views and aspirations of those who have committed themselves to the scheme. So far as it is practicable, there will be measures to minimise the impact upon those who will be adversely affected and to allow accumulated savings to be used for genuine patient care.

5.12 Active participation as influential members of Local Health Groups is the future for GP fundholders. All GPs will be offered a new role in the Local Health Groups which will enable them to continue to provide care and influence the quality of community and secondary health care services so that they best meet the needs of their patients. The Government aims to preserve those flexibilities which have allowed some practices to improve the range of services available to patients and also sees value in removing the burden of routine administration from GPs so that they can concentrate on the planning and delivery of care. These opportunities must be available to all and the Government expects the professions to respond positively.

5.13 The Government will discuss with those affected by this change:

- future arrangements for services currently purchased by fundholders;
- arrangements for GP fundholding staff;
- arrangements for winding up practice funds, including the handling of GP fundholder savings.

5.14 The Government will bring forward legislation to provide for the move from GP fundholding to Local Health Groups and to redistribute the fundholder management allowance to Local Health Groups on an equitable basis which will give support to all GPs. Subject to the availability of Parliamentary time for the necessary legislation, Local Health Groups will formally succeed fundholding from April 1999. In the meantime, there will be no further admissions to the fundholding scheme.

5.15 In the intervening period, the Welsh Office will explore with all interested bodies the lessons to be learned from existing models and will look to health authorities to work with local health care practitioners and other providers of primary care services to promote the formation of Local Health Groups.

Primary Care Development

5.16 Health authorities will be expected to earmark a primary care development fund within the resources delegated to Local Health Groups to support the development of services outside hospitals and to allow practices to maintain or develop services which fall outside the scope of the old GMS arrangements. Such developments are a direct response to local needs and for that reason the Government believes that it is appropriate that from the outset that the use of these new development funds should be in the hands of the Local Health Groups though health authorities will remain formally accountable. Where necessary arbitration will be available.

5.17 Together with the other flexibilities available to primary care, the Government believes that this arrangement will retain the better features of the GP fundholder scheme while avoiding its inequities and wasteful bureaucracy. In particular, GPs will retain their ability to influence local services, push out the boundaries of primary care and develop the contribution of their practice teams without a time consuming involvement in administration. Both they and their patients will benefit as a result.

5.18 The benefits of GP fundholding will now be available to all practices and will allow for innovation and flexibility to deal with continuing pressures on community health services. The NHS and social service departments will be encouraged to work more closely together and bring to an end the divisive situation where the availability of services varies from place to place. All of this will require much fuller sharing of patient care information, and the organisational, professional and technical barriers to information sharing must be addressed urgently. Within health, it will require Local Health Groups, health authorities and others to encourage the development of those specialist services, such as speech therapy, where there can be a long wait for treatment. We want them to ensure that the needs of those disadvantaged in our society, or not well placed to make their voices heard, are articulated and acted upon.

A Service Attuned to the Individual

5.19 Among such groups are those people who suffer from mental illness or have learning difficulties. For many years policies in Wales have sought to provide the opportunity for these people to lead as full and complete lives in the community as they can. The Government remains committed to that ideal. The further development of the multi-disciplinary community mental health teams will be encouraged, while accepting that there will remain a place for in-patient care for some patients. Above all, we expect all agencies, whether GPs, trusts or social services departments, to work together to provide a full range of care, carefully attuned to individual need. Additionally, school health services are designed to meet part of the primary care needs of the population of children aged 5-19 in full-time education. Local Health Groups will work with education services to develop health profiles for this age group, including children with disabilities and special educational needs.

5.20 Many people prefer to be treated in or near their homes. Health authorities and Local Health Groups will be expected to maintain a good level of community nursing services complementary to, but not duplicating, those services provided by local authorities. The Government is mindful of the needs of carers; their task is a hard one and the Government will encourage the development of respite care to complement the day care already generally available.

Matching Resources to Need

5.21 The Government's goal is to achieve the best that can be done, within resources that are inevitably limited. If that is to be achieved, it can only be with the co-operation of health authorities and NHS trusts. Health authorities will have a specific duty

to promote, improve and preserve primary health care, using to the full the flexibilities and initiatives which are now available. Both health authorities and trusts will need to acknowledge that; as new techniques enable more work to be done outside hospitals there must be a transfer of resources to enable that work to take place. We are past the point where savings can simply be reinvested only in hospitals without regard to the consequences elsewhere.

5.22 The resources available to address these problems will not be inexhaustible, nor entirely within the Government's control. The Government will play its part by reducing bureaucracy and encouraging others to do so, by combating fraud and promoting best practice. That is only a partial solution; patients should not abuse the system and practitioners should accept that they have a duty to handle public money well, particularly by prescribing in a cost effective manner. The Government remains committed to the principle that those who need drugs should get them but there must also be regard to the relative effectiveness of treatments and to their cost in those cases where there are other, cheaper, drugs which adequately meet the same need. To do otherwise means that money will continue to be spent inappropriately and that other health services will suffer as a result. The Government is determined to address the issues. We will invest in new and better information systems and encourage a new approach by increasing the amount of pharmaceutical advice available to practitioners. By 2001 the Department plans to have in place new information systems which will provide better prescribing and dispensing information to improve medicines management, facilitate a collaborative approach to drug therapy within the health care team and reduce the risk of fraud.

5.23 Local Health Groups, rather than individual practices, will decide what services should be provided by trusts for their patients. Local Health Groups will also need to work with practices to ensure best use of resources for their patients. Over time, Local Health Groups are expected to extend indicative budgets to individual practices to develop practice-level incentive arrangements.

5.24 Finally, and perhaps most important of all, this Government values those who work in primary or community health care. Whether they be a receptionist, a health visitor or a therapist we recognise the care they bring to the service and the contribution they make to society. We know, too, that the whole is greater than the sum of the parts and that the greatest benefit is when they are all able to bring to bear the full range of their skills and experience. We welcome the enthusiasm and eagerness to work together which is so much in evidence in today's NHS. Primary care remains a sound foundation and we will build upon it.

SUMMARY

In pursuit of its policies of bringing care closer to patients and their communities, the Government will encourage a greater emphasis on personal responsibility by effective health promotion and facilitate a network of Healthy Living Centres.

It will also support and encourage a forward-looking primary and community health service, wherever possible reducing inequalities and replacing deficiencies by strengths.

To support local responsiveness it will promote co-operation between professionals and agencies, particularly social services departments, and underpin these arrangements with new statutory powers in key areas and a fair distribution of resources.

It will abolish the divisive GP fundholding scheme and replace it with Local Health Groups which retain local flexibility and decision making.

The Government will insist on the effective use of public resources and bear down on needless bureaucracy and fraud.

6 NHS TRUSTS - PROVIDING QUALITY SERVICES

This Chapter outlines how NHS trusts will operate in the new NHS. It demonstrates where roles will be built upon and changed to meet the Government's new agenda. Responsibilities for ensuring efficient working and best practice as well as performance monitoring are also detailed and explained.

In future, NHS trusts will participate in strategy and planning by helping to shape the local Health Improvement Programme. Doctors and nurses will be more closely involved in designing services for their patients; new standards of quality and efficiency will be introduced and trusts will be made more open and accountable to help restore public confidence in the NHS.

A New Direction

6.1 All hospital, community health, mental health and ambulance services in Wales are provided by NHS trusts. Trusts are visible and familiar parts of the NHS, accounting for an annual expenditure of £1.5 billion and employing 54,000 staff. They also have important programmes of research and education. Trusts are responsible for a complex network of services and the Government intends that they should retain managerial autonomy for their own operations. They will also continue to play a significant role in delivering the key objectives of NHS Wales. However, the Government believes that the emphasis on competition between trusts has been damaging to their ability to recruit and retain staff, wasteful of scarce resources and a significant blow to the NHS's reputation of providing equity of service for all when and where it is needed. In future, trusts will be required to operate in ways which foster co-operation and collaboration, as well as concentrating on delivering high quality services to patients rather than focusing on the bureaucratic aspects of contracting. The Government will introduce a new statutory duty on NHS trusts to work in partnership with other NHS organisations. This will extend to Local Health Groups and others in planning the local health and health care strategy under the overarching leadership of health authorities.

6.2 Trusts will remain public corporations, responsible for their own operational management. They will continue to be able to take their own decisions affecting the staff they employ and the income they spend, though with much clearer linkages to health authority plans and priorities. Their statutory duties will be amended to give them responsibility, with health authorities and Local Health Groups, for the delivery of national and local health and health care objectives and quality standards. The Assembly will have powers to intervene if there is a serious failure in service quality.

6.3 Trusts need to be able to work with each other, Local Health Groups, health authorities, the Assembly and others, including local authorities and voluntary bodies, to ensure that patients receive high-quality services regardless of where they live or which GP they see.

Shaping Responsive Services

6.4 Trusts will be responsible for producing annual plans in response to the requirements of Local Health Groups and health authorities which demonstrate how they intend to respond to the objectives set. Trusts will be accountable for the delivery of the volumes and clinical quality of activity required by Local Health Groups and health authorities. Principally, however, they will be responding to the commissioning decisions of Local Health Groups with whom they will be developing long-term relationships.

6.5 Trusts will be able to engage with health authorities in the pursuit of better health for the local population and the implementation of Health Improvement Programmes. They will be empowered to work across boundaries to deliver integrated programmes of care. As Local Health Groups increasingly express their abilities to provide services locally, as has been the case with the more progressive GP fundholders, trusts will need to work closely with health authorities and Local Health Groups to facilitate the changes. This calls for close collaboration from the outset and a willingness to operate flexibly in the best interests of patients. These responsibilities will be backed by a new statutory duty.

6.6 Key investment decisions in capital, senior medical appointments and service developments may be taken only in line with long-term strategies and local health and health care plans. Health authorities will, therefore, have a key role in this area and they will be given the power to intervene in selected areas where necessary to ensure that trusts' decisions reflect health authorities' plans. In addition, because of the greater strategic role given to health authorities, trusts will need to work with them closely on any proposals for significant capital developments, including public and private partnerships; and decisions on declaring assets surplus to requirements will pass to health authorities.

Providing Quality Services

6.7 All NHS trusts will be required to adopt the concept of clinical governance to ensure that quality is integral to the organisation and working practices of staff.

6.8 A high-quality organisation will ensure:

- that a rolling programme of clinical audit activities and strategy for delivering clinical effectiveness is agreed with the health authority and Local Health Groups;
- availability and access to evidence-based information;
- enhancement of skills and knowledge through education, training and experience with particular attention paid to development of improved communications with patients;
- clinical risk reduction programmes are in place and that where adverse events are detected lessons are learned and promptly applied.

6.9 This overdue attention to quality will be reflected in the responsibilities and management of NHS trusts. Legislation will be brought forward to introduce a new duty for the quality of care. Under these arrangements, chief executives will carry ultimate responsibility for quality in their trusts, just as they are now accountable for the proper use of resources.

6.10 It is expected that chief executives will set up appropriate local arrangements which will give them and the trust board firm assurances that their responsibilities for quality are being met. The local arrangements might be in the form of a sub-committee of the board and led by a senior clinician who holds the confidence of the clinical body in the trust. Regular reports to the trust board and an annual published report will provide assurance that quality is a priority for board members.

Promoting Efficiency: Improving Performance

6.11 In the reformed NHS Wales, trusts will be assessed by the contribution that they make to the wider goals of better health and health care outcomes, enhanced quality and effectiveness of service and improved access. They will be measured against the criteria set out in paragraph 2.3. Boards and clinical staff will be held to account on this basis through their agreements with Local Health Groups and health authorities. This accountability will be enhanced by the greater confidence possible from the longer-term service agreements, but will be no less rigorous.

6.12 In future, improved performance will be rewarded by allowing the retention of a share of any savings within the clinical teams who have made them in ways which are consistent with the Health Improvement Programme and the wishes of Local Health Groups. As a consequence, all trusts should be working to devolve responsibility to clinical teams and to involve clinicians in the planning agreements struck with Local Health Groups and health authorities.

6.13 The downward pressure on costs will continue to ensure that resources can be targeted where they are needed most. This drive for efficiency will take several forms:

- *trust reconfiguration* - the Government believes that the current configuration of NHS trusts in Wales is haphazard and not well placed to deliver effective health care in the most efficient manner in the new, non-market NHS.

A major exercise is already under way to review the number and shape of NHS trusts in Wales. Its overall objective is to improve the quality of health care in Wales through the establishment of a more effective and efficient structure for the management of hospital and community health services. It is expected that formal public consultation on proposals will take place over the summer of 1998. The current timetable envisages the announcement of a decision in October 1998 which will lead to the establishment of a new pattern of trusts across Wales on 1 April 1999.

No target has been set for the number of trusts at the end of the exercise. Ministers have made it clear that the reconfiguration process is being driven principally by the need for better clinical and managerial effectiveness. However, it is also an objective of the exercise that resources should be diverted away from wasteful and avoidable bureaucracy. Reconfiguration will release between £5 million and £10 million per annum for reinvestment in improved patient care.

- *benchmarking* - many trusts are already comparing their own performance with that of the best and taking action where necessary to make improvements. This will continue and expand to enable trusts to aim for the best value in all they do. Within the Assembly's national benchmarking programme, trusts will be required to benchmark major efficiency drivers in their organisation to strive for improvements in cost, quality and throughput. This programme

will be one in which data will be shared openly with all interested parties in the NHS. It will lead to a clear exposition of poor performance, be a significant contribution to the drawing up of long-term agreements and provide information to enable measures to be put in place which will ensure improved performance to the level of the best elsewhere.

- *management costs* - trusts will be expected to minimise costs associated with management and administration. Benchmarking will prove a useful tool to test trusts' performance in this area. Again, this will be a factor which health authorities will take into account when making decisions on long-term agreements with trusts. Following the reconfiguration exercise, each new trust will be required, as a minimum, to benchmark its management costs.

The Financial Framework

6.14 Trusts in Wales will receive their funding via long-term agreements (LTAs) from health authorities, which will aggregate the proposals of Local Health Groups and take account of health authorities' own decisions, for example on centrally commissioned services. The level of funding will be based on agreed costs which trusts have to incur and long term agreements on cost structures and service developments.

6.15 In future, some tertiary, supra-district and specialist services will be overseen by the Assembly, perhaps with funding allocated to health authorities on a ring-fenced basis. It is expected that health authorities will be given the task of ensuring (via collaborative arrangements) that trusts are providing good quality services, though the Assembly will wish to develop arrangements which will enable it to monitor progress carefully and intervene if things go wrong.

6.16 Health authorities and Local Health Groups will be expected to develop their own arrangements for monitoring trust performance in respect of financial management, volumes of activity, clinical quality and adherence to local priorities. The key mechanism for this process will be the LTAs between Local Health Groups, health authorities and trusts. There may be occasions when these agreements reveal the need for intervention and short term cash help from the Assembly. In these circumstances, it is expected that subsequent monitoring of the trust's return to an acceptable cost base will be undertaken jointly by the Assembly and the health authority concerned. Trusts will be major partners in the preparation of Health Improvement Programmes, with responsibility for contributing to the authorities' targets for improving health. They may, therefore, be required to join formally with health authorities in performance review arrangements including, as necessary, through chairs and chief executives joining authorities in review meetings with the Welsh Office. Ultimately, trusts' performance will be monitored by the Assembly. As now, key financial targets will be stringently monitored on a monthly or quarterly basis. Performance against key elements of the annual plan, national and local priorities and long term agreements with health authorities will be reviewed on a regular (usually quarterly but exceptionally monthly) basis to ensure that trusts are delivering high-quality services to patients in their area.

6.17 Where a Trust's costs are shown to be too high, a programme of reduction will be agreed between the health authority, the Local Health Group and the trust which will enable the latter to continue to deliver high-quality services while aiming for an acceptable cost base within a reasonable time period. This arrangement will effectively replace the existing contract arrangements. Where trusts fail to achieve financial balance they will still be expected to agree recovery plans with commissioners and the Assembly.

Public Accountability

6.18 Trusts will continue to publish an annual report but this will be expanded to demonstrate performance against the core values of fairness, efficiency, effectiveness, responsiveness to the public, accountability, integration and flexibility. They will also be expected to publish a summary of their operational plan. Operational plans will articulate and express the features of the trust's Long-Term Agreement with the health authority and will be signed off by the authority. Local people will also have an opportunity to be informed about the trust via open meetings of the board, which members of the public should be encouraged to attend. In support of the Government's intention of making the NHS more open and responsive, each trust will be required to establish new arrangements for patient representation to provide a focus for public and patient views, oversee a programme of public liaison, co-ordinate the dissemination of information and respond to complaints and suggestions.

6.19 Chairs and non-executive directors will be appointed by the Assembly. All non-executive members of boards will be selected and appointed within the guidelines set out by the Office of the Parliamentary Commissioner for Public Appointments (the Nolan principles). Chairs and non-executive directors will be selected purely on merit with due regard to their ability to contribute to the running of complex organisations, their knowledge of local circumstances and needs and in the light of the results of the further considerations outlined in paragraph 3.41. Terms of appointment will normally be for four years.

6.20 Executive board members will continue to be appointed under current arrangements, but augmented by Welsh Office officials participating as assessors. Below that, most trusts have developed robust clinical directorate arrangements to ensure that those best placed to take decisions about patient care are given the necessary delegated responsibility. The reconfiguration exercise will result in fewer and bigger trusts in Wales and it will be important for sound management arrangements to be put in place to run those large organisations. Trusts will be required to ensure that clinicians are at the forefront of these arrangements.

6.21 These changes go with the grain of what has been shown to work or to be needed. They will give trusts a challenging new agenda with partnership, performance and quality at the heart. They will also give trusts the incentive to find best solutions to local needs, working with local people.

SUMMARY

Trusts will remain as autonomous, corporate bodies in their own right but will increasingly work collaboratively with partner organisations, particularly Local Health Groups, to deliver integrated programmes of care.

They will continue to produce annual plans in response to health authority Health Improvement Programmes and will be required to work with health authorities on any significant developments or investment decisions. They will be accountable to health authorities and Local Health Groups for the volumes and quality of activity required.

Improved efficiency will continue to be important; benchmarking will be used as a tool to expose poor performance and demonstrate where improvements are necessary. This will be a significant factor in the development of Long-Term Agreements which will replace annual contracts.

Trusts will have a new statutory duty to contribute to improvements in health and the quality of health services.

Appointment procedures will be fair and objective and based on merit. Trusts will be required to put in place new arrangements to engage local opinion, become more transparent and respond to user interests.

7 PEOPLE - OUR GREATEST ASSET

This chapter sets out the features of the human resource strategy which will build on the strengths and commitment of all staff, to bring about the changes in organisation and culture which the new NHS will demand.

7.1 The new NHS set out in this White Paper will be successful only if the people working in it make it so. As workloads have increased clinicians and managers have increased their efficiency, come to terms with new ways of working and have faced extensive organisational change. Throughout, they have responded professionally and effectively, maintaining, and in many respects improving, on standards of patient care. Nurses, midwives and health visitors and the professions supplementary to medicine (PAMs) have responded magnificently to this process by developing the scope of their practice to meet the needs of a changing service. This development has been underpinned by advances in education and is a valuable contribution to health care.

7.2 This White Paper will require further changes. They will be neither abrupt nor turbulent but the cumulative effect of the proposals set out in the earlier chapters of this White Paper is intended to add up to a radical agenda for organisational change, but more fundamentally for changes in attitudes and relationships. The Government will provide appropriate support to implement this agenda and to assist managers to ensure that staff are equipped to contribute as effectively as in the past within the new organisational arrangements proposed.

The Workforce

7.3 The capacity of the NHS to treat patients depends on the number and quality of available staff. Recruitment difficulties are already evident in medical specialties, nursing and other health professional groups. The Welsh Office will therefore continue to focus on this issue and work with the School of Post Graduate Medical and Dental Education of the University of Wales College of Medicine, Higher Education Institutes and the Education and Training Group to ensure that central resources are targeted to best meet demand. It will continue to develop initiatives that are tailored to tackle specific problems; for example, this year additional resources have been made available to trusts to encourage nurses to return to practice through the provision of "Back to Nursing Courses". The Welsh Office will continue to review national intake to medical schools and also support the progress made in increasing the numbers of nurses and PAMs in training.

7.4 The Government understands the importance of making recruitment and retention a priority in the new NHS Wales. A review of some of the issues underlying PAMs' career development has already been conducted. Among the many issues identified for action are those concerned with work pressures, lack of recognition of status, relatively poor pay and loss of career structure. The report will be published this month. The Welsh Office intends to use the outcomes of this to review those values which are important to staff and to work with relevant groups to implement the recommendations and share the lessons more widely within NHS Wales.

7.5 To address the difficulties faced by NHS Wales, the Welsh Office will focus on two key areas - the management of human resources and the Government's commitment to education and training.

Human Resource Strategy

7.6 In November 1991 the Welsh Office published PEOPLE: Personnel Principles for NHS Wales. Its purpose was to identify the key principles underpinning effective human resource policies and to require managers to prepare their own local strategies in both the primary and secondary sectors. These key themes:

- Performance Management
- Equality of Opportunity
- Open Communication
- Planning Ahead
- Local Emphasis
- Efficiency and Effectiveness

remain applicable to the human resource needs of today. However, the service will need to review them in order to reflect the changes that have taken place and to help underpin the agenda set out in this White Paper. With other Health Departments, the Welsh Office is consulting on human resources management across NHS Wales, specifically to address the need for a clear strategic direction at a national level.

7.7 Key issues currently being addressed are:

- NHS trusts will retain their role as local employers within the NHS. In a national health service, the current mix of national and local contracts is divisive and costly. The Government's objective for the longer term is therefore to see staff receive national pay, if this can be matched by meaningful local flexibility, since current national terms of service for a multitude of staff groups are regarded as inequitable and inflexible. Exploratory discussions on these issues are already under way with staff organisations and NHS employers;
- putting good industrial relations at the heart of the new NHS. Continuous development in NHS Wales is important because of the known benefits it can reap in terms of its ability to compete in the labour market;
- the make up of the NHS workforce of the future. Increased flexibility in working patterns and practices is important if NHS Wales is to be able to respond to patient need and meet the challenges described in this White Paper. There are changes for professional staff, including an increasing emphasis on clinical effectiveness and the delivery of multi-professional education; the new specialist registrar training for doctors; and mandatory continuing professional development for nurses linked to continuing registration and right to practice. Statutory frameworks regulate the health care professionals. However, our emphasis must be on greater flexibility within those structures that are already in place and on building on developments that have already started. One important example is the work of the Chief Nursing Officer's Task Force for Continuing Education and Practice which is currently undertaking work that will ensure an appropriately qualified and flexible Nursing, Midwifery and Health Visiting workforce in Wales to meet the changing agenda. As a result of this work a strategic framework will be agreed with key interests by December 1998;
- promoting equality within NHS Wales to ensure the development of a workforce that is competent to meet the diverse needs of the population it serves. The Equality Unit will continue to work with NHS Wales to develop this further to provide fair and equitable opportunities for all. The focus will be in two major areas: to recognise opportunities to release potential abilities among the existing workforce, and to support staff through more creative and flexible employment practice. Since 80% of the NHS workforce are women, family-friendly policies will continue to be an important ingredient in retaining staff and will be beneficial to management and staff alike.

Education and Training

7.8 Education and training of staff will continue to be a key component in delivering the changes. Currently, over £73 million is being spent from centrally-administered funds on providing education and training in NHS Wales for medical and non-medical health care professionals. The "Towards 2000" strategy introduced in 1993 centralised funding to safeguard pre-registration non-medical education and improve the potential for meeting needs identified through work-force plans. The arrangements have bedded down well but there is still work to be undertaken; by July 1998, therefore, we will review the needs of primary care practice staff to better reflect the changing needs of the NHS. This will be reinforced by Practice Development Plans.

7.9 This will build on an initiative currently taking place through the use of the new Primary Care Development Fund. In recognition of the difficulties experienced by practices with small workforce numbers in releasing staff for education and training purposes, we have committed £500,000 to set up a programme to enhance practice development. We are currently liaising with the School of Post Graduate Medical Education and others with an interest in primary care on the most effective use of this funding.

7.10 The Welsh Office recognises also that the "Towards 2000" arrangements are distinct from those for medical education; there is a need for greater integration. In 1998 we will seek to identify those areas where greater collaboration can take place; post registration continuing professional development could be a key focus in this. The Welsh Office will also continue to work with the University of Wales College of Medicine on the contribution of education to inter-professional working.

7.11 The need for education and training is not limited to clinical staff. Management development is another area of significance. It was agreed in 1995 that responsibility for management training should lie with NHS Wales, and the health authorities now fund the running of these schemes through the NHS Staff College. In addition, the Welsh Office is seeking other opportunities, on an England and Wales basis, with the NHS Executive Development Unit. Most recently, this has meant

opportunities for senior managers to apply for career registration, again facilitated with the Staff College in Wales.

7.12 A commitment to National Occupational Standards and National Vocational Qualifications has reaped benefits in recognising the competence of staff.

Further development will come from the establishment of the emerging National Training Organisations (NTOs). This Department for Education and Employment initiative is intended to help employers and employees to meet their sector training and education needs. The health care NTO will more closely align opportunities with developments in service priorities and the skills needed to respond to change. We and the other Health Departments are currently working with the NHS Confederation and other health care associates from the private, voluntary and independent sectors to establish the NTO in April 1998.

7.13 These changes, and the others which this White Paper will introduce, will offer new opportunities for staff to locate in areas where the service is under strain, to extend professional boundaries and to provide better services to patients. All of these will require a team effort and will lead to an emphasis on the need to review the full range of services available in order to use the skills of the staff in NHS Wales to their best effect. If we do not recognise and encourage the development of the wide range of skills and services employed in today's NHS we will miss a chance to provide better, more integrated care and risk leaving needs unmet. We, in partnership with NHS Wales, will assist staff to take this agenda forward.

Summary

The Welsh Office will continue to review the numbers of health care professionals in training to best meet work force plans.

We will work with NHS Wales during 1998 to improve career structure and development for PAMs.

We will review the current Human Resource strategy for NHS Wales to align it with the current agenda.

The Welsh Office will review the "Towards 2000" arrangements to better reflect primary care and practice development needs.

Together with other Departments, we will work towards establishing a National Training Organisation for Health Care.

The Welsh Office will continue to support the development of managerial skills to implement the organisational and culture changes arising out of this White Paper.

8 How the money will flow

NHS Wales is a major consumer of resources. Existing resource mechanisms have been designed to take account of the outmoded market structure. The Government believes that the measures proposed in this chapter will permit the best use of resources within the reformed NHS; will ensure that the NHS remains properly accountable for its actions; and that the value of every pound spent in the NHS will be maximised to ensure the best return for patients.

8.1 The NHS is the second biggest spender of public sector resources in Wales, accounting for almost £2.4 billion of public expenditure in the current financial year. This represents 34% of all Welsh Office expenditure. The Government is committed to increasing total expenditure on the NHS in real terms in each year of the present Parliament. It has already taken action to give substance to this pledge:

- an additional £9.5 million has been made available in the current financial year to help the NHS deal with the surge in emergency medical admissions which is expected during the winter months;
- in his budget statement in July, the Chancellor announced an additional £60.2 million for NHS Wales for 1998-99. This is on top of planned increases in spending and means that real terms growth in the next financial year will be in excess of 2%.

8.2 But it is not enough for the Government to provide more money. It is important that this money is spent well and used effectively so as to maximise patient care; secure value for money for every pound that is spent; and minimise the amount that is spent on unnecessary bureaucracy and ineffective clinical procedures. The NHS can make better use of the resources it already has available. The changes outlined in this White Paper will reduce costs by up to £10 million per annum. These savings will be reinvested in patient care. The rest of this chapter describes how money will be allocated to the NHS under the new arrangements proposed elsewhere in the White Paper; how the NHS will be held accountable for spending this money; and how we will secure value for money.

Allocations

8.3 The vast bulk of NHS resources are directly allocated to health authorities so that they can determine their priorities for spending locally. The remainder is held in a number of centrally managed budgets within the Welsh Office Health Department to be spent on agreed national priorities: for example, on professional education and training for new doctors and nurses. The Government proposes to maintain this system but will continuously review the division of responsibility between the Health Department and health authorities with a view to ensuring that money is spent as effectively as possible. In particular, the Assembly will directly oversee the provision of particular specialist or national services.

8.4 The Welsh Office has already established a Resource Allocation Working Group to review the existing allocation formula which determines the shares received in each health authority area with a view to determining a fairer distribution of resources that more nearly meets the specific needs of different areas within Wales. In particular, the Working Group has been charged with the task of achieving a better recognition of the impact of rural sparsity and urban deprivation on health needs and the resulting allocation of resources. The Welsh Office will consult on the recommendations of the Working Group soon and will implement the agreed recommendations in time for the financial year 1999-2000. It may be necessary to implement any changes on a phased basis over a number of years so as to avoid any unnecessary disruption to services.

8.5 Health authorities will need to make delegated allocations to Local Health Groups. The allocation formula must be robust enough to allow allocations to be made at this lower level on the basis of smaller population sizes. The Government will provide health authorities with the data necessary to make such subsidiary allocations. It will be up to health authorities to determine how much of their total discretionary budget is delegated to Local Health Groups. They may wish to retain some resources centrally where services can be purchased on a more effective basis across a bigger population; and they may also wish to consider 'top-slicing'; some element of resources for investment in specific areas where services are currently provided at a lower standard than elsewhere or where strategic change is required. Such 'top-sliced' monies would be returned to the formula-based allocation to Local Health Groups in future years.

8.6 Budgets will be delegated to Local Health Groups and operated within that cash ceiling. Local Health Groups will be able to take decisions on which services they wish to commission from which providers, but initially operational accountability will remain in the hands of the health authority. This will have the effect of minimising the bureaucratic overhead which Local

Health Groups will need, while ensuring that health authorities retain the critical mass of technical expertise necessary to deliver an efficient service. As Local Health Groups demonstrate financial and managerial maturity, so they will be given greater financial freedom in line with provisions set out in paragraph 4.32.

8.7 Only one part of the Local Health Group's budget will be ring-fenced, to provide resources for a new Primary Care Development Fund. The purpose of this will be to support the development of services outside hospitals and to allow practices to maintain or develop services which fall outside the scope of the old GMS arrangements. Previously these opportunities have only been available to fundholders but now all practices will be able to take advantage of them. The health authority will have discretion over the sum to be ring-fenced subject to a minimum amount to be determined by the Assembly.

8.8 In order to facilitate the best use of resources, the Government will undertake to provide health authorities with the earliest possible indication of their allocation for future years. The Government will also seek to provide health authorities with the most robust possible planning assumptions for a period of up to three years ahead of the current financial cycle. This, in turn, should permit health authorities to provide their Local Health Groups with timely notification of their budgets; enabling them to enter into meaningful discussions with providers in both primary and secondary care sectors at the earliest possible point.

8.9 The Government believes that these arrangements will ensure that services are commissioned at an appropriate level, combining responsiveness to local needs with efficiency and due regard for national priorities.

Capital

8.10 As with other parts of the public sector, the NHS is expected to test capital projects with the private sector as part of the Private Finance Initiative. In the recent past this policy has been allowed to dictate the pattern of capital developments, with those developments which were attractive to the private sector more likely to proceed than those which were not. This was in disregard of the legitimate demands of strategic planning. The Government will shortly issue guidance to the NHS on the reinstitution of a managed capital programme - covering both public sector capital and the PFI approach. Central to this approach is the need for health authorities to develop strategic plans that will provide a context against which individual capital schemes can be judged. The Government does not propose that Local Health Groups should be responsible for the capital process. But they will be partners in the health authorities' strategic planning, and they will be consulted on individual capital projects.

Providing Flexibility and Control

8.11 Resources voted by Parliament for the NHS in Wales are either cash limited or non-cash limited. Broadly speaking, cash limited resources are spent on hospital and community health services and the vast bulk of them form the discretionary allocation for health authorities. Non-cash limited resources are 'demand led' and are spent on the provision of family health services by doctors, dentists, opticians and pharmacists.

8.12 It is important that arrangements for funding streams enable clinicians to take decisions about cost effective treatment options and offer scope to redeploy funds to support their decisions. The reality is that prescribing drugs is only one of a range of treatment options available to GPs. There are clear advantages in enabling local flexibility across the drugs budget, hospital and community health services funds, both for more cost effective care and achieving better overall value within the total resources available for health care. The Government has decided it is right to create a single stream of funds covering both hospital and community health services, GP prescribing and GP staff, premises and computers. The effect of this will be to give Local Health Group clinicians greater flexibility within overall budgets to determine which is the right treatment and to access resources for the patient. At the same time it provides greater control over the drugs budget, which typically grows in cost year-on-year at a rate far exceeding headline inflation.

Value for Money

8.13 The Government believes that it is important that the NHS should provide value for money and operate at maximum efficiency. To this end, the Government will continue to demand that health authorities and trusts deliver efficiency savings year-on-year. In a £2.4 billion organisation it cannot be argued that there is no scope for further efficiency. Nevertheless, the Government believes that the policy of imposing a blanket efficiency requirement on all NHS bodies at the same level has been taken to extremes and can no longer deliver real improvements. Accordingly, the Government proposes that 1998-99 will be the last year in which such a requirement is imposed on the NHS. Instead of this blunderbuss, the Government proposes to develop a more sophisticated approach to efficiency, with a view to establishing differential efficiency targets for individual trusts and to securing greater efficiency through a more holistic approach, similar to that being developed within local government.

8.14 Traditionally, management costs have had to deliver their share in delivering greater efficiency. Obviously, this must continue. The Government believes that valuable resources currently locked up in managing an artificial internal market should be released to pay for improved patient care. In particular, GP fundholder management allowances will be recycled to support the operation of Local Health Groups. But this should not be allowed to become a crusade against management in the NHS. While wasteful bureaucracy needs to be cut out of the system, the Government recognises that the highly complex organisation which is the modern NHS needs to be well managed and that managers in the NHS do a valuable job. Welsh health authorities and trusts are already operating on lower management overheads than their English counterparts. Accordingly, the Government does not propose to establish further arbitrary targets or cuts in management costs, but will look to management to deliver its share of improved efficiency in the modern NHS.

8.15 The Government is concerned that NHS bodies do not pay sufficient regard to the findings of 'Value for Money' studies undertaken by the National Audit Office and the Audit Commission. These studies, together with similar work conducted by the NHS Wales VFM Unit, often identify significant savings which could be realised if health authorities and trusts worked in accordance with established good practice. The Government proposes to establish mechanisms to ensure that health bodies respond appropriately to the findings of such studies and that savings are delivered in reality.

8.16 In addition, the Welsh Office will establish a Health Policy Evaluation Group. This Group will ensure that all new health policies and major service changes contain at the outset fully developed proposals for evaluation; and that, subsequently, the evaluation takes place and its findings are acted upon. Proper evaluation is a significant tool for ensuring that policy developments deliver what is expected of them and for securing the best return from public expenditure.

Accountabilities

8.17 The NHS is a public institution, serving the public and spending public money. It is important that it should be properly and publicly accountable for its actions and, in particular, for the way in which it spends taxpayers' money.

8.18 At the level of total NHS spending in Wales, the Director of the Welsh Office Health Department is the Accounting Officer. As well as being responsible to Ministers (in future, the Assembly) the Accounting Officer is directly accountable to Parliament and to the Public Accounts Committee of the House of Commons for the conduct of National Health Service business in Wales and for the way in which health resources are used in Wales.

8.19 To assist him in these responsibilities, the Accounting Officer is supported by a structure of accountable officers. The chief executives of health authorities, special health authorities and NHS trusts are appointed by the Accounting Officer as accountable officers. In effect, he delegates part of his responsibilities to an accountable officer in each NHS body who is then responsible for ensuring that that body conducts its business in accordance with the highest standards of probity, propriety and regularity and who is charged with ensuring that there is no misuse of public funds.

8.20 The Government proposes that this arrangement should continue to operate. While it is important that all key NHS bodies should have their own accountable officer it is equally important that there should not be an unnecessary proliferation of accountabilities. Accordingly, each Local Health Group will appoint an officer with closely defined responsibilities for financial management and control, who will be personally accountable to the accountable officer of the health authority. Local Health Groups will report to their parent health authority and will be accountable for their use of public money and for the propriety of their decision making through the health authority accountable officer.

Summary

The Government is committed to increasing total expenditure on the NHS in real terms in each year of the present Parliament; new resources have already been announced.

The Government will introduce a fairer system for allocating resources to health authorities.

Local Health Groups will have the opportunity to take progressively more responsibility for local budgets as they develop financial and managerial maturity.

Local Health Groups will have officers with defined responsibility for financial control.

The Government will shortly take action to reinstitute a managed capital programme based on health authority Health Improvement Programmes, and informed by the views of Local Health Groups.

Artificial boundaries between funding streams will be abolished to give clinicians more flexibility to determine appropriate treatments for their patients.

New, more sophisticated, and fairer arrangements for improving efficiency will be introduced.

The Government proposes to establish mechanisms to ensure that health bodies respond appropriately to the findings of Value for Money studies.

9 MAKING IT HAPPEN

9.1 This White Paper sets out a radical but essential new agenda for NHS Wales and its partners. It is an agenda for evolutionary progress. The NHS does not need further costly structural upheaval but it does need, and seeks, change where patients can benefit. The Government shares this view and brings to the programme of change a commitment to improving the NHS year by year. In implementing the proposals, all organisations need to balance the benefits of change against the costs of turbulence and uncertainty, while maintaining services to patients. In particular, patients must be able to rely upon:

- prompt access to integrated primary/community care services;
- prompt access to emergency care;
- constant downward pressure on waiting times;
- a responsive service of quality by clinicians and others with whom they come into contact.

9.2 For these reasons, as well as the measures needed to integrate action with the creation of the Assembly, the Welsh Office will co-operate with NHS organisations, professional bodies and others to introduce progressively the intended changes. However, the firm intent of the reforms is both radical and far reaching; the new NHS must:

- reflect the full range of its objectives, including improving health as well as providing high-quality care;
- tackle unacceptable variations in quality provision and performance so that the service, once again, can become genuinely national;
- address systematically and include the views and experience of users.

9.3 The Welsh Office will initiate action on each front and work with other organisations on programmes of action which fall to them. The Department will co-operate with other health departments on the measures set out in the White Paper which require national action. These include proposals which require primary legislation or inter-departmental co-operation, for example to establish the National Institute for Clinical Excellence and the Commission for Health Improvement.

9.4 Within Wales, the Department will give priority to:

- completing the reconfiguration of NHS trusts;
- issuing guidance on the implementation of Local Health Groups;
- co-operating in the establishment of the National Institute for Clinical Excellence and the Commission for Health Improvement;
- issuing guidance on the preparation of Health Improvement Programmes;
- overseeing the development of the first National Service Framework for cervical screening;
- putting in hand arrangements for the preparation of the Corporate Plan and tackling the subsidiary strands of work identified in the All Wales Service Review;
- ensuring the completion of the review of health promotion activities in Wales and the preparation of a new framework for research and development in Wales;
- provide information to support the provision of budgets to Local Health Groups;
- consulting on alternative and additional means of involving the public and patients in decisions affecting their experience of the NHS;
- aligning performance review and planning mechanisms and information to the new priorities to ensure that they address the new objectives set by the Government;

- overseeing delivery of the service guarantees.

9.5 In parallel, the Secretary of State expects NHS Wales and its partner organisations to respond to the challenges set out in the White Paper. Each organisation has a role to play, each is given flexibility to make a contribution, and each will be expected to co-operate in a rolling programme of implementation. In particular:

- health authorities should develop new mechanisms to work co-operatively with local government in key areas, establish sub-committees and mechanisms to inaugurate and support Local Health Groups, and to address inequalities in health within the context of Health Improvement Programmes;
- trusts should establish mechanisms to monitor and report on quality measures, consider new means of securing patient representation and also open dialogues with Local Health Groups as they are set up and work with health authorities on the new agenda.

9.6 This is a demanding agenda but there is no alternative to dynamic change if the Government's ambitions for the NHS and its users are to be realised. Many of the improvements signalled in the White Paper can be realised only with time. The Government recognises that some of its objectives for improved health for all through a collaborative programme of action will take time to develop and deliver; but others are capable of early action and speedy results. The measures in this paper reflect both streams of activity and both are necessary if the nation is once again to have a service which is true to its founding principles, faithful to its ambitions, responsive to its users and confident in its future.

GLOSSARY

Accreditation	The professional and national recognition of a health care facility which has voluntarily sought to be measured against high professional standards and is found to be in substantial compliance with those standards.
Acute Services	Medical and surgical treatment and care mainly provided in hospitals.
Benchmarking	A process whereby organisations identify best performers in particular areas and examine how the good results are achieved with a view to bringing their own performance into line with the best.
Cash Limit	The amount of money the Government proposes to spend or authorise on certain services or blocks of services during one financial year. Cash limits will apply to the total budget at each level: Assembly, health authority and Local Health Group.
Clinical Audit	The systematic analysis of the quality of care, involving the procedures and processes used for diagnosis, intervention and treatment, the use of resources and the resulting outcome and quality of life as assessed by both professionals and patients.
Clinical Effectiveness Initiative	Initiative launched in May 1995 to ensure that all who provide health care, work together and in partnership with patients to increase the proportion of clinical care which has been shown by evidence to be effective.
Clinical Governance	A new initiative in this White Paper to assure and improve clinical standards at local level throughout the NHS. This includes action to ensure that risks are avoided, adverse events are rapidly detected, openly investigated and lessons learned, good practice is rapidly disseminated and systems are in place to ensure continuous improvements in clinical care.
Clinical Indicators	Statistics used to assess aspects of clinical care that may raise issues, for example of quality, for further investigation but which do not, of themselves, measure quality or outcome attributable to care in individual hospitals.
Commissioning	The process of identifying local health needs, drawing up plans with strategic partners to meet those needs, identifying appropriate health services and making agreements with health service providers to ensure that services are delivered.
Community Health Services	Services such as home nursing and child health surveillance provided outside the hospital setting by health care professionals employed by NHS trusts.
Community Nurses	Includes practice nurses, district nurses, health visitors, school nurses.
Extra Contractual Referrals (ECRs)	An arrangement under the NHS internal market to cover a referral to an NHS Trust for which there was no existing contract with the patient's Health Authority of residence or GP fundholder.
General Medical Services	General medical services are services provided by family doctors (GPs) and their staff, as provided for in Section 29 of the 1997 Act, and framed in the General Medical Services Regulations 1992.
GP Fundholding	A GP whose practice manages a budget for its practice staff, certain hospital referrals, drug costs, community nursing services and management costs.
Health Authority	Bodies which are accountable to the Secretary of State for assessing the health needs of their local populations and ensuring that, working with other members of the NHS family and partner organisations, appropriate plans are drawn up and implemented to improve the health and commission appropriate services. Their roles and responsibilities are set out more fully in Chapter 4.
Health Improvement Programme	An overarching strategic plan, drawn together by the health authority, reflecting the views of all members of the NHS family and other strategic allies. It will incorporate service configuration proposals and associated changes in the estate; primary care development plans; and most importantly, integrated programmes for improving health across the health gain areas. It will set a clear agenda for action in the first three years and indicate broad direction of travel in years 4 and 5.

Hospital and Community Health Services (HCHS)	The main elements of these are the provision of hospital services, and certain community health services, such as district nursing. These services are provided in the main by NHS trusts.
Local Health Groups	Groups established and supported by health authorities to bring together GPs, nurses, and other primary care professionals with local government and other representatives of local communities. They will identify local need and determine local priorities. Within the parameters of the Strategic Health Plan, they will decide what services should be provided for the population they serve. Chapter 4 sets out proposals in more detail.
Locality Commissioning Pilots	A small number of projects which will go forward from April 1998 to explore the opportunities for GPs, working with others from within the NHS, local government and local communities, to address the health agenda and commission health services for local people. The projects will be evaluated during 1999 and the lessons learned will be disseminated to promote the effective development of local arrangements for organising health care.
Longer Term Agreements	Agreements established between health authorities, Local Health Groups and NHS trusts on the services to be provided for a local population. These replace the annual contracts of the internal market and cover a minimum of three years to offer greater stability. Explained in more detail in Chapter 4.
National Schedule of Reference Costs	NHS Trusts will be required to publish their costs on a consistent basis, and the data will be published in a national schedule of reference costs so that performance on efficiency can be benchmarked. This will build on developments in recent years to introduce a standard way of identifying the cost of different kinds of treatment based on diagnosis related groups (DRGs).
National Service Frameworks	National Service Frameworks which bring together the best evidence of clinical and cost-effectiveness with the views of service users to determine the best ways of providing particular services. See Chapter 3.
NHS Trusts	NHS trusts are public bodies providing NHS hospital and community health care. They will have new duties to work in partnership with other NHS organisations and to contribute to improving the health of local people.
Nolan Principles	Principles governing propriety in public life.
Primary Care	Family health services provided by family doctors, dentists, pharmacists, optometrists and ophthalmic medical practitioners.
Primary Care Act Pilots	The NHS (Primary Care) Act 1997 allows members of the NHS family, ie an NHS trust, an NHS employee, a qualifying body and suitably experienced general medical practitioners, to submit proposals to provide services under a pilot scheme and contract with the health authority to do so.
Primary Care Trusts	Subject to the enactment of legislation, a new form of freestanding NHS trust accountable to health authorities for commissioning care, and with added responsibility for the provision of community services for their population. The ultimate potential expression under the legislation of Local Health Groups.
Social Services	Personal care services provided by local authorities for vulnerable people, including those with special needs because of old age or physical or mental disability, and children in need of care and protection.
Specialist Services	Services which are best organised for large populations because demand for them is relatively small, cost of provision is high, and they call for high levels of expertise, often from centres of excellence.

