

Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

**Mynediad at dechnolegau meddygol
yng Nghymru**

Rhagfyr 2014

Cynulliad
Cenedlaethol
Cymru

National
Assembly for
Wales



Cynulliad Cenedlaethol Cymru yw'r corff sy'n cael ei ethol yn ddemocrataidd i gynrychioli buddiannau Cymru a'i phobl, i ddeddfu ar gyfer Cymru ac i ddwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif.

Gallwch weld copi electronig o'r adroddiad hwn ar wefan y Cynulliad Cenedlaethol:

www.cynulliad.cymru

Gellir cael rhagor o gopiau o'r ddogfen hon mewn ffurfiau hygrych, yn cynnwys Braille, print bras, fersiwn sain a chopïau caled gan:

Y Pwyllgor Cymunedau, Cydraddoldeb a Llywodraeth Leol

Cynulliad Cenedlaethol Cymru

Bae Caerdydd

CF99 1NA

Ffôn: 0300 200 6565

E-bost: Seneddlechyd@Cynulliad.Cymru

Twitter: [@iechydsenedd](https://twitter.com/iechydsenedd)

© Hawlfraint Comisiwn Cynulliad Cenedlaethol Cymru 2014

Ceir atgynhyrchu testun y ddogfen hon am ddim mewn unrhyw fformat neu gyfrwng cyn belled ag y caiff ei atgynhyrchu'n gywir ac na chaiff ei ddefnyddio mewn cyd-destun camarweiniol na difriol. Rhaid cydnabod mai Comisiwn Cynulliad Cenedlaethol Cymru sy'n berchen ar hawlfraint y deunydd a rhaid nodi teitl y ddogfen.

Cynulliad Cenedlaethol Cymru
Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

**Mynediad at dechnolegau meddygol
yng Nghymru**

Rhagfyr 2014

Cynulliad
Cenedlaethol
Cymru

National
Assembly for
Wales



Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

Sefydlwyd y Pwyllgor ar 22 Mehefin 2011. Ei chylch gwaith yw archwilio deddfwriaeth a dwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif drwy graffu ar faterion yn ymwneud â gwariant, gweinyddiaeth a pholisi sy'n cynnwys: iechyd corfforol, meddyliol a chyhoeddus pobl Cymru, gan gynnwys y system gofal cymdeithasol

Aelodau cyfredol y Pwyllgor



David Rees (Chair)
Llafur Cymru
Aberafan



Alun Davies
Llafur Cymru
Blaenau Gwent



Janet Finch-Saunders
Ceidwadwyr Cymreig
Aberconwy



John Griffiths
Llafur Cymru
Dwyrain Casnewydd



Elin Jones
Plaid Cymru
Ceredigion



Darren Millar
Ceidwadwyr Cymreig
Gorllewin Clwyd



Lynne Neagle
Llafur Cymru
Tor-faen



Gwyn R Price
Llafur Cymru
Islwyn



Lindsay Whittle
Plaid Cymru
Dwyrain De Cymru



Kirsty Williams
Democratiaid Rhyddfrydol Cymru
Brycheiniog a Sir Faesyfed

Roedd yr aelodau canlynol hefyd yn aelod o'r pwyllgor yn ystod yr ymchwiliad hwn:



Leighton Andrews
Llafur Cymru
Rhondda



Rebecca Evans
Llafur Cymru
Canolbarth a Gorllewin Cymru

Cynnwys

Rhagair y Cadeirydd.....	5
Argymhellion y Pwyllgor	7
1. Cyflwyniad	10
2. Mabwysiadu technolegau meddygol yng Nghymru	12
Beth yw “technoleg feddygol”?.....	12
Rôl technolegau meddygol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol ..	12
Heriau	13
Barn y Pwyllgor.....	16
Technolegau meddygol ym maes gofal sylfaenol a gofal cymdeithasol	17
Barn y Pwyllgor.....	20
3. Arfarnu a gwerthuso technolegau meddygol	21
Heriau sy’n gysylltiedig ag arfarnu a gwerthuso technolegau meddygol.....	21
Y gwahaniaethau rhwng meddyginiaethau a thechnolegau meddygol.....	21
Sganio’r gorwel	22
‘Defnyddioldeb’ technolegau meddygol	24
Arweiniad NICE.....	26
Rôl Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru	29
Dull newydd o arfarnu i Gymru	31
Cydnabod y cysylltiad rhwng meddyginiaethau a thechnolegau meddygol.....	32
Gwerthuso technolegau meddygol newydd ar ôl mabwysiadu	34
Barn y Pwyllgor	35
4. Comisiynu.....	38
Comisiynu cenedlaethol o’i gymharu â chomisynu lleol	40
Comisiynu drwy Werthuso.....	44
Proses Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol.....	45
Barn y Pwyllgor	46

5. Ymgysylltu'n gynnar â rhanddeiliaid	48
Rôl clinigwyr ac ymarferwyr	48
Barn y Pwyllgor.....	51
Diwydiant a phartneriaid ymchwil	51
Barn y Pwyllgor.....	55
Cynnwys cleifion.....	55
Barn y Pwyllgor.....	57
6. Rhwystrau ariannol i fabwysiadu.....	59
Safbwyntiau byrdymor a hirdymor.....	59
Dulliau arloesol o ariannu gwasanaethau	61
Cronfa Technolegau Iechyd a Chronfa Technoleg Iechyd a Theleiechyd.....	62
Deddf Cyllid y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Cymru) 2014.....	64
Barn y Pwyllgor.....	64
Atodiad A - Tystion.....	66
Atodiad B - Tystiolaeth ysgrifenedig.....	69

Rhagair y Cadeirydd

Cydnabyddir y rôl sydd gan dechnoleg newydd i'w chwarae i wella'r broses o ddarparu ym maes iechyd a gwasanaethau cymdeithasol ers amser maith, ac ymhlith y buddiannau mae canlyniadau i gleifion, clinigwyr, gofalwyr a chomisiynwyr gwasanaethau. Cydnabyddir y gall y defnydd o dechnolegau gan ddarparwyr iechyd a gofal cymdeithasol arwain at driniaeth fwy effeithlon ac effeithiol, mynediad tecach at wasanaethau, a darparu gofal yn agosach i gartref yr unigolyn ei hun – neu hyd yn oed yng nghartref yr unigolyn.

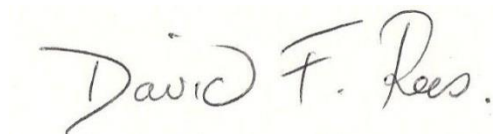
Serch hynny, erys nifer o heriau o ran mabwysiadu technolegau meddygol, nad yw llawer ohonynt yn unigryw i Gymru. Gall diffyg tystiolaeth gadarn ynglŷn ag effeithiolrwydd clinigol a chosteffeithiolrwydd technolegau unigol amharu ar hyder gwasanaethau i'w comisiynu; gall cyflymder newidiadau technegol herio gallu gwasanaethau i gael y dechnoleg ddiweddaraf mewn marchnad sy'n newid o hyd; gall dibyniaeth fawr llawer o dechnolegau ar drefn weinyddol lwyddiannus gan ddefnyddwyr, boed yn glaf neu'n ymarferydd, gyfyngu ar eu heffeithiolrwydd.

Awgryma tystiolaeth o'n hymchwiliad un casgliad cyffredinol: mae diffyg dull strategol, cydgysylltiedig o werthuso technolegol a'i mabwysiadu yng Nghymru. Mewn sawl achos, cyflwynir technolegau oherwydd brwdfrydedd clinigwyr unigol, gan arwain at ddarpariaeth gwasanaeth amrywiol ymhlith y byrddau iechyd. Er mwyn mynd i'r afael â hyn, credwn fod angen proses arfarnu fwy cadarn a thryloyw ar gyfer technolegau meddygol newydd sydd eu hangen. Yn ein barn ni, bydd hyn yn cynnig y sail angenrheidiol dros ddull mwy effeithiol a chyson o gomisiynu technolegau comisiynu. I'r perwyl hwn, argymhellwn y dylai'r Gweinidog ystyried creu corff i Gymru gyfan ar gyfer arfarnu a blaenoriaethu technolegau newydd.

Rydym yn croesawu'r ffaith bod y Gweinidog wedi nodi bod dull arfarnu i Gymru gyfan yn rhywbeth y bydd yn ei ystyried o ddifrif. Rydym yn cyflwyno ein hargymhellion eraill iddo fel conglfeini system well o fabwysiadu technolegau meddygol yng Nghymru.

Hoffwn ddiolch i bawb a gyfrannodd i'n hymchwiliad, boed yn ysgrifenedig neu ar lafar. Hoffwn ddiolch hefyd i'n cynghorydd

arbenigol, Dr Alex Faulkner, sydd wedi ein tywys drwy'r pwnc cymhleth
ac enfawr hwn.

A handwritten signature in black ink on a light yellow background. The signature reads "David F. Rees." in a cursive, slightly slanted script.

David Rees AC
Cadeirydd y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol
Rhagfyr 2014

Argymhellion y Pwyllgor

Mae argymhellion y Pwyllgor i Lywodraeth Cymru i'w gweld isod, yn y drefn y maent yn ymddangos yn yr Adroddiad hwn. Ewch i'r tudalennau perthnasol yn yr adroddiad i weld y dystiolaeth ategol a'r casgliadau.

Mae'r Pwyllgor yn argymhell y canlynol:

Argymhelliad 1. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, fel mater o flaenoriaeth, nodi sut y caiff dull mwy strategol, cydgysylltiedig a syml o fabwysiadu technolegau meddygol ei roi ar waith. Dylai'r dull gweithredu hwn:

- gael ei lywio gan angen clinigol ac anghenion y boblogaeth;
- sicrhau y caiff buddsoddi mewn technolegau newydd, sy'n seiliedig ar dystiolaeth ei flaenoriaethu'n effeithiol, ochr yn ochr â rhaglen o ddadfuiddsoddi mewn cyfarpar nad yw'n gyfredol/aneffeithiol;
- cynnig mynediad teg at driniaethau newydd priodol i gleifion Cymru;
- hwyluso'r broses o gynnwys pob rhanddeiliad, gan gynnwys clinigwyr, cleifion, diwydiant a phartneriaid ymchwil.

(Tudalen 16)

Argymhelliad 2. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol nodi'r camau y bydd yn eu cymryd i sicrhau bod dull strategol o ddatblygu a mabwysiadu technoleg meddygol yn cynnwys lleisiau gofal sylfaenol a gofal cymunedol yn ddigonol, a bod arloesi ac arferion gorau mewn lleoliadau gofal sylfaenol a gofal cymunedol yn cael eu nodi a'u rhannu'n ehangach.

(Tudalen 20)

Argymhelliad 3. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, o fewn 12 mis i gyhoeddi'r adroddiad hwn, ddatblygu opsiynau ar gyfer dull o arfarnu technolegau meddygol i Gymru gyfan, er mwyn cyflawni swyddogaeth debyg o ran technolegau meddygol ag a gyflawnir gan Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan o ran meddyginiaethau.

(Tudalen 36)

Argymhelliad 4. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol gymryd camau i sicrhau bod arweiniad NICE ar dechnolegau meddygol yn cael ei ledaenu o fewn GIG Cymru mewn modd amserol ac yn cael ei ystyried yn llawn wrth gynllunio a darparu gwasanaethau. (Tudalen 36)

Argymhelliad 5. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol sicrhau y caiff y broses o fabwysiadu technolegau meddygol a argymhellir ledled Cymru, gan gynnwys y rhai a argymhellir gan NICE, ei mesur fel rhan o broses archwilio ffurfiol. (Tudalen 37)

Argymhelliad 6. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol ddatblygu a sefydlu dull mwy strategol o gomisiynu technolegau meddygol newydd yng Nghymru y mae'n rhaid iddo fod yn gysylltiedig â phroses arfarnu a gwerthuso gadarn. (Tudalen 47)

Argymhelliad 7. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol sicrhau bod dull cenedlaethol o gomisiynu yn cael ei fabwysiadu mewn achosion lle:

- mae effaith technolegau meddygol arfaethedig ar y gyllideb yn fawr;
- mae angen diwallu anghenion poblogaeth ehangach;
- mae angen i wasanaethau gael eu comisiynu ar draws ffiniau byrddau iechyd; a/neu
- mae potensial i gomisiynu triniaeth o rannau eraill o'r DU.

(Tudalen 47)

Argymhelliad 8. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol roi manylion y camau gweithredu y bydd yn eu cymryd i ddatblygu'r dull o fabwysiadu technolegau meddygol yng Nghymru ymhellach. Dylai hyn gynnwys arwydd o'r ffordd y caiff prosiect Comisiynu drwy Werthuso yn Lloegr, ac opsiynau eraill ar gyfer gwerthuso, eu hystyried a'u haddasu ar gyfer cyd-destun Cymru.

(Tudalen 47)

Argymhelliad 9. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol ystyried rhoi systemau ar waith i fanteisio i'r eithaf ar dechnolegau meddygol newydd i gleifion ledled Cymru drwy sicrhau bod staff y GIG yn gallu cael yr hyfforddiant priodol. (Tudalen 51)

Argymhelliad 10. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol amlinellu'r camau y bydd yn eu cymryd i hwyluso'r gwaith o ddatblygu ymhellach dreialon clinigol a gwaith ymchwil a datblygu a arweinir gan anghenion yng Nghymru gan gynnwys sut y bydd y rhain yn ymwneud â'r broses asesu/arfarnu technoleg meddygol. (Tudalen 55)

Argymhelliad 11. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol sicrhau bod modelau o gynrychiolaeth cleifion a gofalwyr briodol yn cael eu hystyried a'u rhoi ar waith mewn gwaith ymchwil i dechnolegau meddygol a chynorthwyol a'r gwaith o'u datblygu, eu harfarnu a'u gwerthuso. (Tudalen 58)

Argymhelliad 12. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol nodi'r camau y bydd yn eu cymryd, a'r amserlenni cysylltiedig, er mwyn sicrhau y gall strwythurau ariannol a phrosesau cyllidebol GIG Cymru gefnogi'r broses o fabwysiadau technolegau meddygol priodol yn effeithiol. Dylai hyn gynnwys cyfeiriad at waith cynllunio yn y tymor hwy a sicrhau perthynas agosach rhwng arian cyfalaf ac arian refeniw (Tudalen 64)

Argymhelliad 13. Dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol weithio gydag awdurdodau lleol a byrddau iechyd i rannu arfer da ac ystyried datblygiad model ariannu sy'n seiliedig ar lwybr y cleifion. (Tudalen 65)

1. Cyflwyniad

1. Mae'r term 'technolegau meddygol' yn un eang, sy'n cwmpasu dyfeisiau meddygol, llawdriniaethau a thechnegau diagnostig. Mae'r Asiantaeth Rheoleiddio Meddyginiaethau a Chynhyrchion Gofal Iechyd (MHRA), sy'n gyfrifol am reoleiddio dyfeisiau meddygol yn y DU, yn diffinio dyfeisiau o'r fath fel:

“all products, except medicines, used in healthcare for the diagnosis, prevention, monitoring or treatment of illness or disability. The range of products is very wide: it includes contact lenses and condoms; heart valves and hospital beds; resuscitators and radiotherapy machines; surgical instruments and syringes; wheelchairs and walking frames or other assistive technology products – many thousands of items used each and every day by healthcare providers and patients”.¹

2. Cytunodd y Pwyllgor ar 20 Mehefin 2012 i ymgymryd â gwaith ar fynediad at dechnolegau meddygol yng Nghymru.² Mae llawer o ddatblygiadau arloesol yn y dyfodol ym maes iechyd a gwasanaethau cymdeithasol yn perthyn i faes technolegau meddygol a chynorthwyl ond erys yn bwnc nad yw'n cael fawr ddim sylw. O ganlyniad, roedd y Pwyllgor yn awyddus i daflu goleuni ar y prosesau sy'n bodoli yng Nghymru i gael gafael ar dechnolegau meddygol, ac ystyried pa welliannau y gellid eu gwneud i'r maes datblygu pwysig hwn.

3. Er mwyn llywio'r ffordd yr aeth y Pwyllgor ati i ymgymryd â'r gwaith hwn ac er mwyn cydnabod natur gymhleth y pwnc hwn, lansiwyd ymgynghoriad ar gwmpas yr ymchwiliad ym mis Awst 2012. Ceisiodd yr ymgynghoriad hwn farn rhanddeiliaid ynglŷn â'r hyn y dylai'r cylch gorchwyl ei gynnwys, a pha agweddau ar fynediad at dechnolegau meddygol y dylid canolbwyntio arnynt. Gofynnodd hefyd am sylwadau ar y canlynol:

- y dechnoleg feddygol a fabwysiedir yng Nghymru, a'r rhwystrau posibl sy'n atal triniaethau newydd effeithiol (nad ydynt yn ymwneud â chyffuriau) rhag bod ar gael i gleifion;
- y prosesau presennol o arfarnu technolegau meddygol newydd;

¹ Asiantaeth Rheoleiddio Meddyginiaethau a Chynhyrchion Gofal Iechyd, [What we regulate](#) [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

² Cytunodd y Pwyllgor na fyddai ei ymchwiliad yn cynnwys mynediad at feddyginiaethau.

- y broses gwneud penderfyniadau yn GIG Cymru ar ariannu technolegau/triniaethau meddygol newydd.

4. Cafwyd cyfanswm o 37 o ymatebion i'r ymgynghoriad ynghylch cwmpas yr ymchwiliad.³ Hefyd, cynhaliodd y Pwyllgor seminar anffurfiol ym mis Mawrth 2013, lle y trafodwyd meysydd posibl i'w hystyried gyda rhanddeiliaid gwadd.

5. Ar ôl i'r Pwyllgor ystyried y themâu a oedd yn dod i'r amlwg o'i ymgynghoriad, cytunodd ar 6 Mehefin 2013 y byddai ei ymchwiliad yn ystyried:

- sut mae'r GIG yn asesu manteision posibl technolegau meddygol amgen newydd;

- yr angen am ddull mwy cydgysylltiedig o gomisiynu yn y maes hwn, a dichonoldeb hynny;

- sut mae GIG Cymru yn ymgysylltu â'r rhai sy'n ymwneud â datblygu/gweithgynhyrchu technolegau meddygol newydd;

- y rhwystrau ariannol a all atal technolegau meddygol newydd effeithiol rhag cael eu mabwysiadu'n amserol, a dulliau arloesol posibl o oresgyn y rhain.

6. Yn dilyn y cais am dystiolaeth ysgrifenedig cymerodd y Pwyllgor dystiolaeth lafar dros gyfnod o wyth mis, gan gynnal 20 o sesiynau tystiolaeth i gyd. Mae'r Pwyllgor yn ddiolchgar i bawb a gyfrannodd. Ceir rhestr o'r rhai a roddodd dystiolaeth lafar yn Atodiad A, a cheir rhestrau o'r rhai a ymatebodd i ymgynghoriadau'r Pwyllgor yn Atodiad B.

³ Ceir yr ymatebion i ymgynghoriad y Pwyllgor ynghylch cwmpas yr ymchwiliad ar [wefan](#) y Pwyllgor. Ceir rhestr yn Atodiad B.

2. Mabwysiadu technolegau meddygol yng Nghymru

Beth yw “technoleg feddygol”?

7. Un thema allweddol a ddaeth i'r amlwg yn ystod ymchwiliad y Pwyllgor oedd diffyg dealltwriaeth gyffredin o ystyr y term “technoleg feddygol”. Mewn sawl achos, tybiwyd bod technolegau meddygol yn golygu eitemau mawr drud, yn hytrach na datblygiadau symlach, llai costus.

8. Yn ystod ymchwiliad y Pwyllgor daeth yn amlwg y gallai “technolegau meddygol” amrywio o'r eitemau mwyaf sylfaenol megis rhwymau i'r peiriant radiograffeg mwyaf cymhleth ac arloesol. Pwysleisiwyd hefyd nad mewn lleoliadau gofal eilaidd a trydyddol yn unig y defnyddir technoleg; roedd gofal yn y gymuned gan ymarferwyr gofal sylfaenol a gofal cymdeithasol hefyd yn manteisio ar y triniaethau newydd a gynigir gan ddatblygiadau technegol – gyda llawer mwy o bosibiliadau o fanteisio arnynt yn y dyfodol.

Rôl technolegau meddygol ym maes iechyd a gofal cymdeithasol

9. Ar hyd yr oesoedd mae technoleg wedi chwarae rhan bwysig mewn datblygiadau ym maes meddygaeth a gofal cymdeithasol. Mae'r offer diagnostig a chynorthwyol gwell a ddyfeisiwyd o ganlyniad i ddatblygiadau technolegol wedi gwella canlyniadau i gleifion, yn ogystal â'r triniaethau llai ymwithiol, wedi'u targedau'n well y maent wedi esgor arnynt. Mewn sawl achos, mae technolegau newydd hefyd wedi bod yn fodd i sicrhau effeithlonrwydd, naill ai drwy awtomeiddio prosesau neu drwy alluogi newidiadau eraill mewn llwybrau cleifion. At hynny, mae datblygiadau technolegol wedi ei gwneud yn bosibl i lawer o driniaethau a phecynnau gofal gael eu darparu'n agosach i gartref unigolyn.

10. Yn ôl Llywodraeth Cymru, mae buddiannau posibl mabwysiadu technolegau meddygol yng Nghymru yn cynnwys:

- gwella ansawdd gofal;
- lleihau cost gofal;
- rhoi mynediad tecach at ofal ym mhob maes;

- cynnwys y cyhoedd a chleifion yn y dasg o gydgyhyrchu⁴ iechyd a gofal cymdeithasol;
- lleihau'r angen a'r galw, yn enwedig drwy ddiagnosis gwell ac atal salwch.⁵

Heriau

11. Er gwaethaf buddiannau posibl technolegau meddygol o ran gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol, dywedwyd wrth y Pwyllgor bod nifer o heriau yn gysylltiedig â'u gwerthuso a'u mabwysiadu yng Nghymru. Yn benodol, awgrymodd tystiolaeth yn gryf fod angen dull mwy strategol, cydgysylltiedig a chynlluniedig o gyflwyno technolegau yng Nghymru.⁶

12. Roedd yn amlwg o'r dystiolaeth a gyflwynwyd i'r Pwyllgor nad oedd yr heriau a oedd yn gysylltiedig â gwerthuso a mabwysiadu technolegau meddygol yn unigryw i Gymru. Mae nifer o astudiaethau ac adroddiadau wedi nodi rhwystrau i fabwysiadu technolegau meddygol newydd ledled y DU,⁷ gan gynnwys:

- gwybodaeth annigonol ynglŷn â gwir gosteffeithiolrwydd technolegau;
- "safbwynt byrdymor" o ran buddsoddi mewn technoleg;
- prosesau gwneud penderfyniadau aneffeithlon ac anghydweddol yn y GIG;
- diffyg tystiolaeth o safon ynglŷn ag effeithiolrwydd clinigol a chosteffeithiolrwydd technolegau meddygol newydd.

13. Yng nghyd-destun Cymru, rhestrwyd yr heriau canlynol sy'n gysylltiedig â mabwysiadu technoleg mewn ymatebion i ymgynghoriad y Pwyllgor:

⁴ Cydgyhyrchu yw'r cysyniad o wasanaethau yn gweithio mewn partneriaeth â defnyddwyr a'r cyhoedd i'w llunio a'u gwella.

⁵ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, HSC(4)-13-14 Papur 3 Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru, Rhagfyr 2013

⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 71, 198] 5 Chwefror 2014, Cofnod y Trafodion [para 148, 152, 234] 19 Chwefror 2014, Cofnod y Trafodion [para 7, 49] 6 Mawrth 2014, Cofnod y Trafodion [para 31, 133, 174, 205] 20 Mawrth 2014

⁷ Gan gynnwys Adroddiad 2002 Wanless; adroddiad 2005 Pwyllgor Iechyd Tŷ'r Cyffredin ar ddefnyddio technolegau meddygol newydd yn y GIG; adroddiad 2011 y Sefydliad Gwaith *Adding Value: The economic and societal benefits of medical technology*; ac adroddiad 2011 yr Adran Iechyd *Innovation health and wealth: Accelerating adoption and diffusion in the NHS*.

- gweithredu arweiniad NICE ar dechnolegau meddygol yn aneffeithiol, dryswch ynghylch y graddau y mae'n gymwys i Gymru, a'r ffaith mai statws cynghorol yn unig sydd i arweiniad o'r fath;⁸
- diffyg llwybrau arfarnu ffurfiol a chilir ar gyfer technolegau meddygol newydd yng Nghymru (a drafodir yn fanylach ym mhennod 3);⁹
- diffyg gwaith cynllunio strategol, canolog neu broses dryloyw o wneud penderfyniadau ar ariannu technolegau meddygol newydd yn GIG Cymru.¹⁰

14. O ganlyniad i'r heriau hyn, dywedodd nifer o ymatebwyr i'r ymgynghoriad fod canfyddiad o ddiffyg pendantrwydd ynglŷn â mabwysiadu technolegau newydd ar lefel system.¹¹ Dywedodd Dr Molly Price-Jones o Tybio Cyf:

“Wales is fortunate in having a thriving medical technology community with many highly innovative SMEs. However, as in all areas of the UK, there are significant barriers to getting a new technology adopted and enabling patients to get access to improved diagnostic techniques.”¹²

15. Yn benodol, clywodd y Pwyllgor fod diffyg ymgais i sganio'r gorwel yn systematig er mwyn nodi technolegau newydd a allai fod yn effeithiol ac arbed costau. Yn hytrach, awgrymodd y dystiolaeth mai clinigwyr unigol yn aml a ddaeth yn ymwybodol o dechnolegau newydd drwy eu cysylltiadau neu eu rhwydweithiau proffesiynol.¹³ Dywedodd Dr Tom Crosby o Ganolfan Ganser Felindre wrth y Pwyllgor:

“What I think is lacking is some horizon scanning, planning and the strategic planning of services looking forward. Then, I think that there is a problem with the robust and rapid appraisal of

⁸ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymatebion MT4 Coleg Brenhinol y Ffisigwyr, MT5 Dr Peter Groves, MT10 Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi, MT11 NICE, MT23 MediWales, MT25 Cymdeithas Masnach Wroleg i'r Ymgynghoriad

⁹ Ibid, Ymatebion MT12 Cymdeithas Diwydiannau Gofal Iechyd Prydain, MT13 Coleg Brenhinol y Radiolegwyr, MT16 Dr Molly Price-Jones, MT23 MediWales, MT29 AposTherapy i'r Ymgynghoriad

¹⁰ Ibid, Ymatebion MT18 Time for Medicine Ltd, MT23 MediWales, MT28 BMA Cymru, MT32 Dr S Peirce i'r Ymgynghoriad

¹¹ Ibid, Ymatebion MT18 Time for Medicine Ltd, MT23 MediWales, MT28 BMA Cymru, MT32 Dr S Peirce i'r Ymgynghoriad

¹² Ibid, Ymatebion MT16 Dr Molly Price-Jones (Tybio Cyf) i'r Ymgynghoriad

¹³ Ibid, Ymatebion MT32 Dr S Peirce i'r Ymgynghoriad

technologies and treatments. I think that we have relatively weak commissioning and performance monitoring of the services. So, across that, there is a lack of strategic planning in service delivery.”¹⁴

16. Awgrymodd tystiolaeth ysgrifenedig a gyflwynwyd i'r Pwyllgor fod oedi cyn mabwysiadu rhai technolegau yng Nghymru oherwydd y diffyg gweithredu strategol hwn. Awgrymwyd, o ganlyniad, nad oedd cleifion yng Nghymru yn gallu cael triniaethau penodol sydd ar gael mewn rhannau eraill o'r DU neu Ewrop, er enghraifft, ym maes llawdriniaeth ar y galon, radiotherapi, llawdriniaeth ar y colon a'r rhefr, endoscopi a geneteg.¹⁵ Dywedodd MediWales, sef y rhwydwaith gwyddorau bywyd i Gymru, wrth y Pwyllgor:

“Delay[s] in introducing an appropriate system for access to medical technologies in Wales carries the risk of impacting on patient care now and in the foreseeable future.”¹⁶

17. Clywodd y Pwyllgor hefyd fod methiant i fabwysiadu technolegau meddygol yn cael effaith ar statws Cymru fel canolfan ragoriaeth ymchwil. Dywedodd yr Athro Peter Barrett-Lee, Oncolegydd Clinigol Ymgynghorol a Chyfarwyddwr Meddygol Ymddiriedolaeth GIG Felindre, wrth y Pwyllgor:

“If you are behind the curve on technology, you are not going to be able to impress the world with your research. It will be a joke, will it not? You will be behind on technology; no-one will be interested in your research on old technology.”¹⁷

18. Yn ogystal â'r effaith ar broffil Cymru fel canolfan ragoriaeth ym maes ymchwil, awgrymwyd hefyd y gallai proses araf a/neu ddarniog o fabwysiadu technoleg effeithio ar allu'r wlad i recriwtio meddygon ac arbenigwyr. Dywedodd Dr Martin Rolles o Bwyllgor Sefydlog Cymru Coleg Brenhinol y Radiolegwyr wrth y Pwyllgor:

¹⁴ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 7], 6 Mawrth 2014

¹⁵ Ibid, Ymatebion MT4 Coleg Brenhinol y Ffisigwyr, MT13 Pwyllgor Sefydlog Cymru Coleg Brenhinol y Radiolegwyr, MT9 Cymdeithas Coloproctoleg Prydain Fawr ac Iwerddon, MT15 Cymdeithas Gastroenteroleg ac Endoscopi Cymru, MT21 Cynghair Geneteg y DU

¹⁶ Ibid, Ymateb MT23 MediWales i'r Ymgynghoriad

¹⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 75], 20 Mawrth 2014

“For consultant specialties, we are in competition nationally across the UK. [...] One of the things that we can do is make sure that if people are going to come here, they can practise their craft to the best of their ability. One thing that they do not want to do is to come to a place and try to work in a department that is technically backwards while feeling that they are not able to practise to the best of their professional ability. [...] We do not want to recruit people who cannot get jobs anywhere else. We need to recruit leaders who will bring the service forward and make it better for Wales.”¹⁸

Barn y Pwyllgor

19. Ymdriniodd ymchwiliad y Pwyllgor â materion a oedd yn ymwneud ag arfarnu, gwerthuso, comisiynu ac ariannu technolegau meddygol. Ystyriodd hefyd y graddau yr oedd gwasanaethau yn cynnwys rhanddeiliaid perthnasol, gan gynnwys clinigwyr, cleifion, diwydiant a phartneriaid ymchwil. Ystyrir pob un o'r themâu hyn yn fanylach yn y penodau nesaf. Fodd bynnag, y casgliad cyffredinol a ddeilliodd o waith y Pwyllgor oedd bod angen dull mwy cydgysylltiedig a strategol o arfarnu a mabwysiadu technolegau.

Argymhelliad 1: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, fel mater o flaenoriaeth, nodi sut y caiff dull mwy strategol, cydgysylltiedig a syml o fabwysiadu technolegau meddygol ei roi ar waith. Dylai'r dull gweithredu hwn:

- gael ei lywio gan angen clinigol ac anghenion y boblogaeth;
- sicrhau y caiff buddsoddi mewn technolegau newydd, sy'n seiliedig ar dystiolaeth, ei flaenoriaethu'n effeithiol, ochr yn ochr â rhaglen o ddadfuiddsoddi mewn cyfarpar nad yw'n gyfredol/aneffeithiol;
- cynnig mynediad teg at driniaethau newydd priodol i gleifion Cymru;
- hwyluso'r broses o gynnwys pob rhanddeiliad, gan gynnwys clinigwyr, cleifion, diwydiant a phartneriaid ymchwil.

¹⁸ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 39], 20 Mawrth 2014

Technolegau meddygol ym maes gofal sylfaenol a gofal cymdeithasol

20. Awgrymodd tystiolaeth a gyflwynwyd i ymchwiliad y Pwyllgor y gallai technolegau meddygol chwarae rhan yr un mor bwysig ym maes gofal sylfaenol a gofal cymdeithasol ag y gallai ei chwarae mewn lleoliadau eilaidd a thrydyddol. Pwysleisiwyd pwysigrwydd rôl bosibl technoleg o ran cyflawni ymrwymiad Llywodraeth Cymru i roi gofal yn agosach i'r cartref gan lawer o dystion, a nododd y Gweinidog ei hun bwysigrwydd technolegau meddygol i'w gwneud yn bosibl i wasanaethau gael eu darparu mewn lleoliadau cymunedol.¹⁹

21. Nodwyd y gallai technolegau meddygol y gellid eu defnyddio ym maes gofal sylfaenol a gofal cymdeithasol (megis diagnosteg, monitro neu dechnolegau byw â chymorth), arwain at fuddiannau sylweddol i gleifion a'r GIG drwy symud gofal o leoliadau eilaidd i leoliadau cymunedol. Dywedodd MediWales wrth y Pwyllgor:

“If you look at where the potential cost savings are to be gained, primary and social care have a huge role to play. So, characterising medical technology procurement as being something for hospitals would be wrong, because a lot of our members are involved in remote or home diagnostics and assisted living.”²⁰

22. At hynny, dywedodd Dr Grace Carolan-Rees o Cedar (canolfan gwerthuso technoleg academaidd i'r GIG) wrth y Pwyllgor iddi sylwi, yn ei phrofiad hithau o werthuso technolegau yn rhaglen NICE:

“very often, what determines that something becomes cost-saving is that very change from treatment that happens in secondary care to something that happens in primary care. So it goes hand in hand that actually being able to move things from secondary to primary care is very often cost-saving, which is a positive benefit.”²¹

23. Ategwyd y pwynt hwn gan Sue Evans o Gymdeithas y Cyfarwyddwr Gwasanaethau Cymdeithasol, a nododd:

¹⁹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, HSC(4)-13-14 Papur 3 Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru, Rhagfyr 2013

²⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 240], 6 Mawrth 2014

²¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 41], 5 Chwefror 2014

“in terms of prudent healthcare or prudent social care, the evidence [...] shows clear financial benefit and qualitative benefit to those individuals in how some of that technology promotes independence and supports people to have a much more fulfilled life—and it is cheaper for the public purse.”²²

24. Fodd bynnag, nododd y dystiolaeth a gyflwynwyd i'r Pwyllgor fod diffyg arweiniad cyffredinol o ran mabwysiadu technolegau meddygol ym maes gofal sylfaenol. Ymddangosai fel petai hyn yn arwain at fabwysiadu technoleg ar sail ad hoc mewn practisau unigol yn bennaf. Nododd cynrychiolwyr o BMA Cymru y gellid priodoli natur ad hoc mabwysiadu ym maes gofal sylfaenol, yn rhannol o leiaf, i ddiffyg proses, llwybrau neu adnoddau ffurfiol ar gyfer datblygu'r defnydd o dechnolegau. Nodwyd bod penderfyniad i fabwysiadu technoleg feddygol yn deillio'n bennaf o'r canlynol:

- brwdfrydedd ymarferydd cyffredinol unigol;²³
- maint cymharol y practis (gyda phractisau mwy o faint yn gallu ymdopi â chostau cysylltiedig);²⁴
- dylanwad clystyrau o feddygon teulu newydd eu creu, sy'n hyrwyddo rhannu arfer da rhwng cymheiriaid.²⁵

25. Er y nodwyd arfer da yma a thraw,²⁶ dywedodd tystion wrth y Pwyllgor fod angen mwy o drosolwg strategol a gwaith cynllunio, ac y byddai ymarferwyr gofal sylfaenol yn croesawu llais cryfach yn y broses o nodi, arfarnu a gwerthuso technolegau meddygol.²⁷

26. Nododd Sue Evans o Gymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol, ym maes gofal sylfaenol a gofal cymdeithasol, “the potential [of technology] is massive, and I would say that it is untouched or untapped. Certainly, there seems to be much more of a cohesive picture within the social care family than within the healthcare family, purely because, I think, of the complexity of some

²² Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 173], 18 Medi 2014

²³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 81], 18 Medi 2014

²⁴ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 41], 18 Medi 2014

²⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 28], 18 Medi 2014

²⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 17], 18 Medi 2014

²⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 230], 20 Mawrth 2014

of the health technologies being both in the community, but also in hospital settings”.²⁸

27. Sefydlwyd Bwrdd Arferion Gorau ac Arloesi ym maes Iechyd a Lles gan Lywodraeth Cymru yn 2012 ar sail terfyn amser penodol. Ei ddiben oedd helpu i gyflwyno datblygiadau arloesol ym maes iechyd, gofal cymdeithasol a lles yn gynt, a helpu i nodi a lledu arfer gorau yn systematig. Canfu adroddiad terfynol y Bwrdd nad oes unrhyw systemau yn bodoli i helpu i nodi a rhannu datblygiadau arloesol ac arfer gorau ymhlith ymarferwyr gofal sylfaenol nac yn y system iechyd a gofal cymdeithasol ehangach. Argymhellodd y canlynol:

“work be undertaken to focus upon and identify innovation within community settings, and that this work be used as the basis for consideration of the most appropriate model to ensure cross fertilisation across community care services. This work needs to recognise and manage risk and seek to ensure that independent living is protected and supported.”²⁹

28. Dywedodd Fiona Jenkins o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro wrth y Pwyllgor fod diffyg seilwaith TG sylfaenol cydgysylltiedig i gefnogi prosesau cyfathrebu ac atgyfeirio rhwng clinigwyr yn peri rhwystredigaeth, gan nodi therapyddion galwedigaethol ym maes iechyd, gofal cymdeithasol a thai, na allant atgyfeirio cleifion dros yr e-bost fel enghraifft.³⁰ Dywedodd fod meddygon teulu o flaen y gad o ran defnyddio technoleg, megis e-ragnodi, ond bod rhyngwyneb gwael â gwasanaethau ysbyty yn rhwystredigaeth iddynt.³¹

29. Dywedodd Sally Chisholm o NICE fod angen helpu'r rhai ym maes gofal sylfaenol i ddeall buddiannau mabwysiadu technolegau meddygol yn well, a sicrhau bod systemau ar waith i hwyluso'r defnydd o dechnolegau newydd.³²

30. Dywedodd y Gweinidog ei fod yn rhagweld y byddai'r Gronfa Technolegau Iechyd a Theleiechyd yn helpu i roi mwy o ffocws ar fuddsoddi mewn technoleg ym maes gofal sylfaenol. Dywedodd:

²⁸ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 173], 18 Medi 2014

²⁹ Bwrdd Arferion Gorau ac Arloesi ym maes Iechyd a Lles, [Adroddiad Terfynol](#), Ionawr 2014 [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

³⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 135], 19 Chwefror 2014

³¹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 140], 19 Chwefror 2014

³² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 45], 5 Chwefror 2014

“using the fund, having better leadership and making sure that we have got the policy perspective right mean that we are going to be able to make some significant advances in the primary care field over the next year or so.”³³

Barn y Pwyllgor

31. Nododd y Pwyllgor, er bod lle i dechnolegau meddygol esgor ar fuddiannau mawr i gleifion a'r GIG o ran darparu gwasanaethau gofal sylfaenol, yr ymddengys bod diffyg arweiniad yn y maes hwn. Ymddengys mai ar sail ad hoc o fewn practisau unigol y mae technolegau yn cael eu mabwysiadu'n bennaf. Cytunodd y Pwyllgor fod angen mwy o drosolwg strategol a gwaith cynllunio. Wrth nodi'r ffyrdd gwahanol iawn o drefnu gofal cymdeithasol a gofal sylfaenol y GIG, ymddangosai fel petai rôl dechnoleg gynorthwyol yn fwy sefydledig ym maes gofal cymdeithasol, a hoffai'r Pwyllgor annog ymarferwyr gofal sylfaenol i ddilyn esiampl eu cymheiriaid yn y sector hwnnw. Serch hynny, ymddangosai y gallai fod mwy o weithio cydgysylltiedig rhwng gofal sylfaenol a gofal cymdeithasol.

Argymhelliad 2: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol nodi'r camau y bydd yn eu cymryd i sicrhau bod dull strategol o ddatblygu a mabwysiadu technoleg meddygol yn cynnwys lleisiau gofal sylfaenol a gofal cymunedol yn ddigonol, a bod arloesi ac arferion gorau mewn lleoliadau gofal sylfaenol a gofal cymunedol yn cael eu nodi a'u rhannu'n ehangach.

³³ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 118], 8 Mai 2014

3. Arfarnu a gwerthuso technolegau meddygol

Heriau sy'n gysylltiedig ag arfarnu a gwerthuso technolegau meddygol

32. Yn ystod yr ymchwiliad, tynnwyd sylw'r Pwyllgor at nifer o heriau sy'n gysylltiedig ag arfarnu a gwerthuso technolegau meddygol. Pwysleisiwyd y ffaith, er enghraifft, y gall fod yn fwy anodd a chymhleth arfarnu buddiannau technolegau na meddyginiaethau. Nodwyd hefyd, yng nghyswllt hyn, nad oes unrhyw seilwaith clir ar waith i arfarnu a gwerthuso technolegau meddygol: mae hyn mewn gwrthgyferbyniad llwyr â'r fframwaith clir sy'n bodoli ar gyfer meddyginiaethau yng Nghymru. Mae'r adran hon yn ystyried y themâu hyn yn fanylach.

Y gwahaniaethau rhwng meddyginiaethau a thechnolegau meddygol

33. Mae dull o arfarnu meddyginiaethau eisoes ar gael ar sail genedlaethol yng Nghymru. Mae Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan yn gwerthuso effeithiolrwydd clinigol a chosteffeithiolrwydd pob meddyginiaeth newydd nad yw wedi'i chynnwys yn rhaglen arfarnu'r Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE) ac yn gwneud argymhellion ynglŷn â'u defnydd yn GIG Cymru.

34. Pwysleisiodd nifer o dystion y gwahaniaethau rhwng meddyginiaethau a thechnolegau, sy'n golygu bod y broses arfarnu'n fwy cymhleth a'i bod yn anos asesu eu heffeithiolrwydd clinigol a'u costeffeithiolrwydd yn gadarn. Er enghraifft, yn aml, prin iawn yw'r dystiolaeth sydd ar gael ynglŷn â thechnolegau newydd. Mewn gwrthgyferbyniad â'r diwydiant fferyllol, mae gweithgynhyrchwyr technolegau meddygol yn aml yn fusnesau bach neu ganolig nad oes ganddynt gyllidebau ymchwil mawr na'r gallu i gael gafael ar arbenigedd perthnasol, megis economeg iechyd.³⁴

35. Roedd gwahaniaethau eraill, a nodwyd gan NICE, yn cynnwys y ffaith:

³⁴ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymateb MT33 Cedar i'r Ymgynghoriad

- y gall technolegau gael eu haddasu dros amser mewn ffyrdd sy'n newid eu heffeithiolrwydd;
- mae'r canlyniadau clinigol sy'n deillio o'r defnydd o dechnolegau yn aml yn dibynnu ar hyfforddiant, gallu a phrofiad y defnyddiwr;
- mae'r buddiannau sy'n gysylltiedig â mabwysiadu technolegau meddygol i'r system gofal iechyd yn aml yn dibynnu ar ffactorau sefydliadol, megis y lleoliad lle y caiff y dechnoleg ei defnyddio, neu'r staff sy'n ei defnyddio, yn ogystal â'r buddiannau sy'n uniongyrchol gysylltiedig â'r dechnoleg;
- os mai prawf diagnostig yw'r dechnoleg, mae canlyniadau clinigol gwell yn dibynnu ar wneud ymyriadau gofal iechyd priodol;
- mae costau technolegau meddygol yn aml yn cynnwys costau caffael (gan gynnwys seilwaith cysylltiedig) a chostau rhedeg (gan gynnwys cynnal a chadw a nwyddau traul);
- gall technoleg newydd ddylanwadu ar gostau oherwydd ei heffaith ar agweddau amrywiol ar y llwybr gofal, yn ychwanegol at gostau sy'n ymwneud yn uniongyrchol â'r defnydd o'r dechnoleg;
- yn gyffredinol, mae prisio technolegau meddygol yn fwy dynamig na mathau eraill o ymyriadau meddygol.³⁵

Sganio'r gorwel

36. Fel y nodwyd yn y bennod flaenorol, nododd y dystiolaeth i'r ymchwiliad fod diffyg dull cyson, systematig o asesu buddiannau technolegau meddygol newydd neu amgen, a hefyd ddiffyg ymgais systematig i sganio'r gorwel er mwyn nodi technolegau newydd a allai fod yn effeithiol ac arbed costau. Yn hytrach, clinigwyr unigol yn aml sy'n dod yn ymwybodol o dechnolegau newydd drwy eu cysylltiadau neu eu rhwydweithiau proffesiynol.³⁶

37. Dywedodd Karen Samuels o Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan wrth y Pwyllgor mai un o'r ffyrdd gorau o sicrhau mynediad at dechnolegau cyfredol yw sganio'r gorwel ar gyfer

³⁵ NICE, [Medical Technologies Evaluation Programme Methods Guide](#), Ebrill 2011, tud. 7-8 [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

³⁶ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymateb MT32 Dr S Peirce i'r Ymgynghoriad

technolegau newydd yn ystod y broses ddatblygu.³⁷ Fodd bynnag, dywedodd Dr Tom Crosby o Ganolfan Ganser Felindre wrth y Pwyllgor, yn ei brofiad ef:

“The third sector quite often comes in to provide things when the NHS is not doing so well. It speaks volumes that the third sector has come in and said ‘Look, we need to horizon scan for radiotherapy technologies, looking forward’. I do not think there is any formal horizon scanning and strategic planning.”³⁸

38. Clywodd y Pwyllgor gan MediWales fod rhai sefydliadau yng Nghymru yn cael eu hystyried yn arweinwyr ym maes asesu technolegau newydd, ond:

“while Wales boasts these exemplar centres of technology evaluation there is no systematic, all Wales, approach to the NHS identifying, evaluating and adopting new technologies, or an entry point for technology providers to submit new technologies for evaluation.”³⁹

39. Ailbwysleisiwyd y ffaith nad oedd dull strwythuredig o sganio'r gorwel mewn tystiolaeth gan y sector gofal sylfaenol. Nododd Dr Charles Allanby, ymarferydd cyffredinol a oedd yn cynrychioli BMA Cymru, i dechnolegau gael eu nodi gan amlaf drwy:

“the enthusiasts who might want to meet with individual marketing people to discuss whether that [technology] is something worth experimenting with before it is actually rolled out [...] there is nobody in a co-ordinated role undertaking horizon scanning at the moment.”⁴⁰

40. Awgrymodd Charlotte Moar, a oedd yn cynrychioli Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro, y dylai unrhyw ddull o sganio'r gorwel yn y dyfodol ganolbwyntio ar y materion o'r pwys mwyaf i gynllunwyr a darparwyr gwasanaethau er mwyn sicrhau dull gweithredu cydlynol â ffocws.⁴¹

³⁷ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 95], 22 Ionawr 2014

³⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 87], 6 Mawrth 2014

³⁹ Ibid, Ymateb MT23 MediWales i'r Ymgynghoriad

⁴⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 113], 18 Medi 2014

⁴¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 59], 18 Medi 2014

41. Dangosodd tystiolaeth gan gynrychiolwyr gofal cymdeithasol ddull mwy strwythuredig o sganio'r gorwel, gydag awdurdodau lleol yn cyflogi "broceriaid technoleg" penodol sy'n arbenigwyr yn y dechnoleg berthnasol sydd ar gael ar y farchnad. Dywedwyd wrth y Pwyllgor fod y broceriaid yn gweithio ochr yn ochr â gweithwyr cymdeithasol sy'n cynnal asesiadau o anghenion unigolyn, a/neu'r nyrs ardal sy'n cynnal yr asesiad clinigol, er mwyn nodi'r cymorth neu'r ateb gorau.⁴²

42. Serch hynny, nododd Andrew Bell o'r Asiantaeth Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol y byddai dull mwy canolog o sganio'r gorwel yn ddefnyddiol o ran llywio penderfyniadau awdurdodau lleol i gomisiynu technolegau. Nododd fod hynny'n bwysig iawn o gofio pa mor gyflym mae pethau'n newid yn y maes.⁴³ Cytunodd Sue Evans o Gymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol, gan nodi "the idea of getting an all-Wales evaluation or horizon scanning would probably help all of us, as a bit of a shortcut to trying to find out what is out there".⁴⁴ Rhybuddiodd, yn niffyg system o'r fath, fod ymarferwyr neu froceriaid yn aml yn cael eu harwain gan ddeunydd marchnata cynhyrchwyr y technolegau perthnasol:

"if something is readily available and visible, whether it is to members of the public or to the health or social care practitioners, those are the things that come to light."⁴⁵

'Defnyddioldeb' technolegau meddygol

43. Clywodd y Pwyllgor, er mwyn i dechnolegau meddygol gael eu gweithredu'n llwyddiannus ac er mwyn gwneud gwahaniaeth i gleifion, ei bod yn bwysig bod y rhai sy'n defnyddio ac yn derbyn triniaeth trwy'r technolegau meddygol yn meddu ar y sgiliau a'r wybodaeth sydd eu hangen arnynt.⁴⁶

44. Gall y buddiannau y gellir eu gwireddu drwy ddefnyddio technoleg benodol fod yn ddibynnol iawn ar 'ffactorau defnyddioldeb'.⁴⁷ Clywodd y Pwyllgor fod effeithiolrwydd amrywiol technolegau meddygol yn dibynnu ar y ffordd y cânt eu defnyddio wedi golygu bod clinigwyr a chomisiynwyr yn aml yn awyddus i brofi

⁴² Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 180], 18 Medi 2014

⁴³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 182], 18 Medi 2014

⁴⁴ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 200], 18 Medi 2014

⁴⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 200], 18 Medi 2014

⁴⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 110], 5 Chwefror 2014

⁴⁷ Ibid, Ymateb MT32 Dr S Peirce i'r Ymgynghoriad

technolegau'n lleol, yn hytrach na dibynnu ar dystiolaeth a gasglwyd yn rhywle arall. Fodd bynnag, mae cynlluniau peilot lleol a gwerthusiadau yn aml yn anffurfiol, ac nid ydynt yn ddigon cadarn.⁴⁸

45. Dywedodd Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan wrth y Pwyllgor fod defnyddioldeb a dymuniadau defnyddwyr yn ffactorau pwysicach wrth ystyried technolegau meddygol na meddyginiaethau, oherwydd cysylltiad corfforol defnyddwyr â'r dyfeisiau meddygol.⁴⁹

46. Mewn ymateb i ymgynghoriad y Pwyllgor, nododd Cedar yn glir y dylai defnyddioldeb gael ei ystyried ochr yn ochr â diogelwch, effeithiolrwydd clinigol a chosteffeithiolrwydd, ond nad yw hynny'n wir ar hyn o bryd am nodau CE⁵⁰ nac astudiaethau ymchwil a gyhoeddwyd.⁵¹ Dywedodd Peter Phillips, Cyfarwyddwr y Labordy Profi Deunyddiau Llawfeddygol, wrth y Pwyllgor, er bod gweithgynhyrchwyr yn cynnal profion defnyddioldeb fel rhan o'r gwaith o ddatblygu eu dyfeisiau, nad yw hynny bob amser yn rhoi ystyriaeth ddigonol i'r "ffactor dynol" ac nad yw'r GIG bob amser yn asesu defnyddioldeb wrth fabwysiadu technolegau newydd.⁵²

47. Dywedodd cynrychiolwyr gofal cymdeithasol wrth y Pwyllgor, yn achos llawer o dechnolegau cynorthwyol, y ceir "canolfannau arddangos". Defnyddir y canolfannau hyn i hyfforddi staff i ddefnyddio'r technolegau a rhoi cyfle i ddefnyddwyr gwasanaethau roi prawf ar botensial technolegau.⁵³

48. Pwysleisiwyd bod yn rhaid i'r arbenigedd angenrheidiol fod ar gael i unrhyw broses arfarnu newydd ar gyfer technolegau meddygol. Nodwyd hefyd fod yn rhaid i unrhyw broses ystyried natur amrywiol technolegau, y sylfaen tystiolaeth gwannach na'r hyn sy'n bodoli ar gyfer meddyginiaethau, a ffactorau megis defnyddioldeb ac effaith ar y llwybr gofal.⁵⁴

⁴⁸ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymateb MT32 Dr S Peirce i'r Ymgynghoriad

⁴⁹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 16], 22 Ionawr 2014

⁵⁰ Mae'r nod CE yn nod cydymffurfio gofodol i gynhyrchion penodol a werthir o fewn Ardal Economaidd Ewrop (AEE). Mae'r nod CE yn ddatganiad gan y gweithgynhyrchydd bod y cynnyrch yn bodloni gofynion cyfarwyddbau cymwys y Comisiwn Ewropiaidd.

⁵¹ Ibid, Ymateb MT33 Cedar i'r Ymgynghoriad

⁵² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 180-1], 19 Chwefror 2014

⁵³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 176], 18 Medi 2014

⁵⁴ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 110], 5 Chwefror 2014, a Chofnod y Trafodion [paragraffau 49, 333], 6 Mawrth 2014

Arweiniad NICE

49. Mae Arfarniadau Technoleg NICE yn cynnig argymhellion ynglŷn â'r defnydd o feddyginiaethau a thriniaethau newydd a rhai sy'n bodoli eisoes yn y GIG. Gall y rhain gynnwys:

- meddyginiaethau;
- dyfeisiau meddygol, megis cymhorthion clyw neu anadlwyr;
- technegau diagnostig;
- llawdriniaethau, megis trwsio torgesti;
- gweithgareddau hybu iechyd megis ffyrdd o helpu pobl sydd â diabetes i reoli eu cyflwr.

Mae rhwymedigaeth gyfreithiol ar y GIG i ariannu a darparu meddyginiaethau a thriniaethau a argymhellir gan Arfarniadau Technoleg NICE.⁵⁵

50. Mae'r Pwyllgor Cyngori ar Dechnolegau Meddygol yn gweithredu fel pwyllgor cyngori sefydlog Bwrdd NICE. Mae'r Pwyllgor yn cyngori NICE ar y canlynol:

- cymhwyso meini prawf i ddewis dyfeisiau meddygol a diagnosteg sydd i'w gwerthuso a all sicrhau gwelliannau sylweddol mewn canlyniadau, gwelliannau ym mhrofiad y claf (triniaeth a gwellhad), rhwyddineb defnydd i weithredwyr a/neu welliannau yn y defnydd effeithlon o adnoddau;
- pennu llwybr i gynhyrchion a dderbynnir i'w gwerthuso drwy un o'r rhaglenni gwerthuso penodedig, gan gynnwys y Pwyllgor ei hun.

Nid yw'n orfodol i'r GIG gymhwyso canllawiau a gyhoeddir gan y Pwyllgor.⁵⁶

51. Mae Cynllun Sicrhau Ansawdd ar gyfer y GIG yng Nghymru 2012–16 Llywodraeth Cymru⁵⁷ yn nodi bod Rhaglen Gwerthuso Technolegau Meddygol NICE, (a gynhelir gan y Pwyllgor Cyngori ar Dechnolegau Meddygol) yn ffynhonnell bwysig o gyngor. Noda'r *Cynllun Sicrhau*

⁵⁵ Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE), [Arweiniad Arfarnu Technoleg NICE](#) [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

⁵⁶ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, [Pwyllgor Cyngori ar Dechnolegau Meddygol \(MTAC\)](#) [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

⁵⁷ Llywodraeth Cymru, [Y Cynllun Sicrhau Ansawdd ar gyfer y GIG yng Nghymru 2012-16](#) [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

Ansawdd y bydd y GIG yn adolygu ar y cyd pa mor dda y caiff technoleg newydd ei mabwysiadu. Mae hefyd yn cynnwys cynllun gweithredu i gael byrddau iechyd ac ymddiriedolaethau i weithio gyda'i gilydd i roi prosesau effeithiol ar waith er mwyn sicrhau y caiff technolegau newydd sy'n seiliedig ar dystiolaeth sy'n sicrhau'r budd a'r gwerth mwyaf eu mabwysiadu'n ddi-oed.

52. Yn ei dystiolaeth ysgrifenedig i'r Pwyllgor, dywedodd y Gweinidog:

“The Welsh Government has entered a Service Level Agreement with NICE which includes access to NICE’s evaluation of new or innovative medical technologies (including devices and diagnostics). The Welsh Government expects the NHS to take NICE guidance fully into account when planning and delivering services, as they are based on the best available evidence.”⁵⁸

53. Serch hynny, mynegodd rhai ymatebwyr i ymgynghoriad y Pwyllgor bryderon nad yw arweiniad NICE ar dechnolegau meddygol yn cael ei roi ar waith yn gyson yng Nghymru. Fodd bynnag, gwnaethant y pwynt na fyddai rhoi'r arweiniad hwn ar waith yn gyson yn cynnig ateb llawn, gan fod angen dull mwy rhagweithiol o asesu technolegau meddygol yng Nghymru.⁵⁹ Cafodd y Pwyllgor wybod am ddau adnodd sy'n cael eu defnyddio mewn rhannau eraill o'r DU er mwyn hyrwyddo'r gwaith o roi arweiniad Arfarniadau Technoleg NICE ac arweiniad y Pwyllgor Cyngori ar Dechnolegau Meddygol ar waith. Yn gyntaf, disgrifiodd NICE rôl ei “ymgyngorwyr gweithredu”, sef tîm o wyth o ymgynghorwyr sy'n gweithio yn y maes ac sy'n gweithio gyda'r GIG, awdurdodau lleol a sefydliadau eraill er mwyn helpu i roi arweiniad ar waith.⁶⁰ Yn ail, soniodd NICE wrth y Pwyllgor am ei Raglen Mabwysiadu Technolegau Iechyd, sy'n gyfrifol am nodi ffyrdd o oresgyn rhwystrau posibl i roi arweiniad y Pwyllgor Cyngori ar Dechnolegau Meddygol ar waith.⁶¹

54. Ar 8 Mai 2014, dywedodd y Gweinidog wrth y Pwyllgor “our subscription to NICE, which costs us £1 million a year, gives us full access to everything that it does in this field”.⁶² Fodd bynnag, clywodd

⁵⁸ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, HSC(4)-13-14 Papur 3 Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru, Rhagfyr 2013

⁵⁹ Ibid, Ymateb MT23 MediWales i'r Ymgynghoriad

⁶⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 90], 5 Chwefror 2014

⁶¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 30-31], 5 Chwefror 2014

⁶² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 99], 8 Mai 2014

y Pwyllgor, er bod tîm ymgynghorwyr gweithredu NICE yn cwmpasu pob rhan o Loegr a Gogledd Iwerddon, nad oes ganddo gylch gwaith ar hyn o bryd i weithio gyda sefydliadau yng Nghymru.⁶³

55. Nododd Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan fod y ffordd y câi arweiniad arfarniadau technoleg NICE ei fabwysiadu yng Nghymru yn amrywio, gan esbonio:

“This can result in variation of access to clinically-effective and cost-effective technologies across Wales, or in delays in decision-making, particularly when the initial outlay may be significant, and the cost benefit to be made occur sometime into the future.”⁶⁴

56. Nododd yr Athro Philip Routledge, Cadeirydd Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan, ei bod yn hollbwysig bod yr arweiniad yn cael ei roi ar waith, gan ddweud mai ei argymhelliad allweddol yntau i'r Pwyllgor fyddai y dylid adolygu'r ffordd y mae cyngor, gan gynnwys arweiniad NICE, yn cael ei roi ar waith.⁶⁵

57. Dywedodd y Gweinidog wrth y Pwyllgor ei fod wedi sefydlu grŵp i hwyluso'r gwaith o ledaenu a mabwysiadu arweiniad NICE yng Nghymru. Dywedodd:

“What I hope that group will be able to do is to make sure that senior clinicians in the Welsh NHS get some early indications of work that NICE is doing, so that people can be preparing for it.”⁶⁶

58. Dadleuodd Dr Peter Groves, Cardiolegydd Ymgynghorol ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro ac Is-gadeirydd Pwyllgor Cynghori NICE ar Dechnoleg Feddygol, y gallai GIG Cymru wneud mwy na cheisio mynediad cynnar at arweiniad arfaethedig a'i roi ar waith. Mynegodd y farn y gellid gwneud rhagor i gael gwybod beth yw pynciau asesu NICE a dylanwadu arnynt:

⁶³ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 30], 5 Chwefror 2014

⁶³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 90], 5 Chwefror 2014

⁶⁴ Ibid, Ymateb MT38 Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan i'r Ymgynghoriad

⁶⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 215], 3 Ebrill 2014

⁶⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 162], 8 Mai 2014

“there is the opportunity for us in NHS Wales to potentially be more proactive in setting the agenda for some of the technologies and interventions that could, or should be, on the NICE programme or agenda. There may well be, for example, the opportunity to establish within Wales a committee or a multidisciplinary approach to setting what we see as our own priorities that could then directly link in with NICE and perhaps influence the way in which technologies are looked at and reported at a NICE level.”⁶⁷

59. Ers casglu ei dystiolaeth lafar ar yr ymchwiliad hwn, mae'r Pwyllgor wedi nodi galwad NICE am ffordd newydd o reoli'r broses o gyflwyno “technolegau” (hynny yw, meddyginiaethau, dyfeisiau meddygol, technegau diagnostig, llawdriniaethau, a gweithgareddau hybu iechyd) yn y GIG. Yn benodol, mae'r Pwyllgor wedi nodi galwad NICE am i unrhyw newidiadau i'w ddulliau gael eu gwneud fel rhan o adolygiad ehangach o'r broses o arloesi, gwerthuso a mabwysiadu triniaethau newydd sy'n cynnwys cleifion, pobl sy'n gweithio yn y GIG neu gyda'r GIG, y diwydiannau gwyddorau bywyd ac ymchwilwyr iechyd. Ochr yn ochr ag unrhyw newidiadau i'w ddulliau, mae NICE wedi cynnig:

- swyddfa arloesi o fewn NICE er mwyn rhoi “llwybr” i dywys cwmnïau drwy gamau datblygu, gwerthuso a mabwysiadu eu cynhyrchion yn y GIG;
- cytundeb rhwng NICE, GIG Lloegr a'r Adran Iechyd, ar barodrwydd NICE i dalu am driniaethau newydd, a fyddai'n ystyried unrhyw achosion arbennig, megis cyflyrau tra amddifad a chanser;
- proses fwy cynhyrchiol o rannu risg rhwng cwmnïau a'r GIG.⁶⁸

Rôl Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru

60. Trafodwyd rôl y corff comisiynu, Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru, mewn perthynas â thechnolegau gan nifer o dystion. Nododd un darn o dystiolaeth fod Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru yn arbenigo mewn gwasanaethau “cymharol ad

⁶⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 16], 5 Chwefror 2014

⁶⁸ Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE), [NICE calls for a new approach to managing the entry of drugs into the NHS](#), 18 Medi 2014 [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

hoc”.⁶⁹ Awgrymwyd hefyd fod ei waith yn dyblygu gwaith Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan a/neu NICE i ryw raddau o bosibl o ran asesu technolegau.⁷⁰

61. Dywedodd Dr Phil Webb o Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru wrth y Pwyllgor, yn ystod y ddwy flynedd ddiwethaf, y cafwyd gorgyffwrdd cymharol fach rhwng arfarniadau gan Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru a rhai NICE, sef tua 10 y cant o arfarniadau Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru.⁷¹

Dywedodd cynrychiolwyr Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru wrth y Pwyllgor fod asesiadau Pwyllgor Cynghori NICE ar Dechnolegau Meddygol yn cael eu gwneud ar gais gweithgynhyrchwyr yn bennaf, ond bod rhaglen arfarnu Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru yn tueddu i gael ei llywio o safbwynt y rhai sy'n darparu gwasanaethau.⁷²

62. Cydnabuwyd gan nifer o dystion bod Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru yn chwarae rhan annatod yn y broses o arfarnu a chomisiynu meddyginiaethau a thechnolegau ar hyn o bryd. Fodd bynnag, cafwyd llai o eglurder ynglŷn â'r rôl y dylai Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru ymgymryd â hi yn y dyfodol. Dywedodd Jared Torkington, Llawfeddyg Ymgynghorol ar Lawdriniaeth Laparosgopig y Colon a'r Rhefr ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro a chynrychiolydd Coleg Brenhinol y Llawfeddygon, wrth y Pwyllgor:

“if WHSSC were a computer programme, it would be ready for an upgrade in terms of moving it on. When it started, it was clearly very important that it represented the LHBs, but we have now reached a stage where we have the health technology fund that provides big capital investment and then we are going to another body to ask for revenue. So the two are disconnected and there needs to be a better working relationship between these bodies.”⁷³

⁶⁹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 68], 6 Mawrth 2014

⁷⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 211] 5 Chwefror 2014, Cofnod y Trafodion [para 65,71] 6 Mawrth 2014

⁷¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 11], 19 Chwefror 2014

⁷² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 13], 19 Chwefror 2014

⁷³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 151], 20 Mawrth 2014

63. Argymhellodd yr adolygiad diweddar o'r ffordd y caiff meddyginiaethau amddifad a thra amddifad eu harfarnu yng Nghymru y dylid diwygio rôl Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru er mwyn sicrhau mwy o ymwneud ac integreiddio â'r broses arfarnu, i'w gwneud yn bosibl i'r llwybr trin cyfan i gleifion gael ei ystyried o fewn y broses arfarnu.⁷⁴

Dull newydd o arfarnu i Gymru

64. Dywedodd Jared Torkington, llawfeddyg ymgynghorol, wrth y Pwyllgor y dylai fod hyblygrwydd o fewn proses arfarnu er mwyn osgoi dyblygu gwaith. Dywedodd:

“We do not need to reinvent the wheel with appraisal: if we have a clinical need for our patients in Wales that has not been looked at by NICE, for example, then we should appraise it. If we have a clinical need, but it has already been appraised by half a dozen other bodies, there is no need for us to appraise it again, and we will just say that we need that service, and then go straight to the commissioning group.”⁷⁵

65. Clywodd y Pwyllgor fod y broses o arfarnu meddyginiaethau gan Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan yn cael ei pharchu'n fawr ac yn cael ei hystyried yn llwyddiannus, ac y byddai proses debyg ar gyfer technolegau yn fuddiol. O gael ei holi ynglŷn â'r adnoddau a'r arbenigedd y byddai eu hangen ar gorff megis Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan i arfarnu technolegau, awgrymodd yr Athro Philip Routledge y gallai cydweithredu â Cedar gynnig ateb. Dywedodd wrth y Pwyllgor fod gan Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan arbenigedd mewn economeg iechyd, ac y gellid ategu hyn drwy arbenigedd technoleg penodol gan Cedar lle y bo angen.⁷⁶

66. Dywedodd yr Athro Ceri Phillips, economegydd iechyd o Brifysgol Abertawe, wrth y Pwyllgor y byddai sefydlu grŵp newydd o dan “fantell” Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan, gan gynnwys

⁷⁴ Buss, P, Evans, S, Phillips, C, [Review of the appraisal of orphan and ultra-orphan medicines in Wales - Report for the Minister of Health and Social Care](#), Hydref 2013 [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

⁷⁵ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 140], 20 Mawrth 2014

⁷⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 164], 3 Ebrill 2014

defnyddio ei seilwaith, ei brosesau a'i ddulliau o ymgysylltu clinigol yn arwain at fuddiannau sylweddol.⁷⁷ Dywedodd wrth y Pwyllgor:

"I think that AWMMSG has always been seen as the front door in terms of getting medicines appraised. The problem in Wales is that there have been many backdoors as well. What happens is that those backdoors can lead to inconsistency and postcode issues, whereas if it was streamlined and if everything came in through the front door, then, obviously, medicines would go in one direction and other technologies would go in another, and it would all then go back to the AWMMSG committee to make the final recommendation and then to the Minister."⁷⁸

67. Dywedodd Karen Samuels o Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan wrth y Pwyllgor fod y Grŵp o'r farn bod tryloywder a chynwysoldeb ei broses arfarnu yn bwysig, ac amlinellodd aelodaeth y Grŵp o arbenigwyr, a oedd yn cynnwys "NHS clinicians, pharmacists, academics, health economists, and both industry and patient representatives".⁷⁹ Hefyd, cyfeiriodd at yr agen i'r Grŵp roi ei gyngor mewn ffordd amserol er mwyn "expedite access to cost-effective and clinically effective medicines for patients within NHS Wales".⁸⁰

68. Nododd Cymdeithas Brydeinig y Diwydiant Fferyllol ei bod yn debygol y bydd angen gweithdrefnau asesu lluosog ar gyfer technolegau meddygol, yn dibynnu ar y dechnoleg dan sylw, ond:

"critically, the principles need to be firm and consistent. So, the principles of transparency and robustness, for example, are critical on an ongoing basis. Consistency can be brought through a consistent approach to the principles, not necessarily the specific methodology involved."⁸¹

Cydnabod y cysylltiad rhwng meddyginiaethau a thechnolegau meddygol

69. Dywedodd Cymdeithas Brydeinig y Diwydiant Fferyllol wrth y Pwyllgor y câi tua 60 y cant o feddyginiaethau sy'n cael eu datblygu ar

⁷⁷ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 211], 5 Chwefror 2014

⁷⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 215], 5 Chwefror 2014

⁷⁹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 3], 22 Ionawr 2014

⁸⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 10], 22 Ionawr 2014

⁸¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 180], 22 Ionawr 2014

hyn o bryd eu hystyried yn “feddyginiaethau arbenigol”, y byddai’r rhan fwyaf yn cael budd o dechnolegau cysylltiedig. Golygai hyn:

“the pharmaceutical industry is heading into an area of medicines development very much aligned with the development of diagnostics and devices, so called ‘companion diagnostics’. It is a critical area for the pharmaceutical industry.”⁸²

70. Clywodd y Pwyllgor dystiolaeth ei bod yn fwy cyffredin bellach i feddyginiaethau newydd a thechnolegau newydd gael eu cysylltu â’i gilydd (er enghraifft, diagnosteg ategol). Clywodd, o ganlyniad i’r datblygiadau hyn, fod angen dull mwy cydgysylltiedig o ystyried meddyginiaethau a thechnolegau cysylltiedig. Clywodd y Pwyllgor fod hyn yn debygol o ddod yn faes cynyddol bwysig, yn enwedig o ran clefydau megis canser,⁸³ wrth i waith ymchwil ym maes geneteg a genomeg ddatblygu.⁸⁴

71. Ategwyd hyn gan Karen Samuels o Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan, a ddywedodd fod “potential for significant overlap” rhwng rôl bresennol Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan mewn perthynas ag arfarnu meddyginiaethau, a rôl bosibl yn y dyfodol yn y gwaith o arfarnu technolegau meddygol hefyd. Dywedodd y byddai angen i Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan, pe na bai yn ymgymryd â’r rôl hon ei hun, ddatblygu cydberthynas waith agos â pha gorff newydd bynnag a sefydlir i asesu technolegau meddygol.⁸⁵ Cytunodd Cymdeithas Brydeinig y Diwydiant Fferyllol, gan ddweud y dylai dyfeisiau a meddyginiaethau ategol, yn ddelfrydol, gael eu hasesu:

“together, in parallel, by, if not the same body, certainly bodies that had close discussions and communications with one another.”⁸⁶

72. Nododd y Pwyllgor y cysylltiadau cynyddol rhwng meddyginiaethau newydd a thechnolegau newydd a chytunodd fod yn

⁸² Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 148-9], 22 Ionawr 2014

⁸³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 135], 22 Ionawr 2014

⁸⁴ Ibid, Ymateb MT21 Cynghair Geneteg y DU i’r Ymgynghoriad

⁸⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 14], 22 Ionawr 2014

⁸⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 176], 22 Ionawr 2014

rhaid i'r prosesau o arfarnu a chomisiynu technolegau meddygol ystyried y maes hwn sy'n tyfu.

Gwerthuso technolegau meddygol newydd ar ôl mabwysiadu

73. Roedd rhai ymatebwyr yn pryderu ynghylch a oes gwerthusiad digonol o ddiogelwch ac effeithlonrwydd technolegau meddygol newydd.⁸⁷ Roedd llawer o'r dystiolaeth a glywodd y Pwyllgor yn ymwneud â gwerthuso technolegau cyn iddynt gael eu mabwysiadu a'u gweithredu. Fodd bynnag, clywodd y Pwyllgor hefyd am bwysigrwydd gwerthuso ar ôl mabwysiadu er mwyn monitro diogelwch a helpu i ddeall buddiannau clinigol a buddiannau cost technolegau newydd. Rhoddwyd enghraifft gan Pete Phillips o Labordy Profi Deunyddiau Llawfeddygol:

“We have used cold steel tonsillectomy equipment for 50, 60 or whatever years. There is a new technology called coblation, which was brought on to the market about 10 years ago. Through Public Health Wales’s surveillance mechanism, Alun and people in Public Health Wales have shown that this new technology, which was the new bright hope in the firmament, has not been as safe as the traditional cold steel methods of tonsillectomy. In fact, it has caused more patient problems or safety issues.”⁸⁸

74. Fodd bynnag, nodwyd mai anaml iawn y caiff technolegau eu gwerthuso ar ôl mabwysiadu.⁸⁹ Esboniodd tystion fod hyn yn broblem o ystyried y gall natur amrywiol technolegau a'r ffaith eu bod yn newid yn gyflym olygu mai prin yw'r dystiolaeth sydd ar gael yn aml i ategu profiad cynnar o fabwysiadu, sy'n golygu bod gwerthusiad ar unwaith ac yn barhaus yn bwysig iawn.⁹⁰

75. Dywedodd Dr Grace Carolan-Rees o ganolfan werthuso Cedar wrth y Pwyllgor ei bod yn bwysig bod penderfyniadau, ar ôl iddynt gael eu gwneud, yn cael eu gwerthuso er mwyn sicrhau bod y canlyniadau disgwylidig yn cael eu gwireddu. Dadleuodd y dylai gwersi sy'n deillio

⁸⁷ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymateb MT20 NWSSP Procurement, SMTL, Mr Alun Tomkinson et al i'r Ymgynghoriad

⁸⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 168], 19 Chwefror 2014

⁸⁹ Ibid, Ymateb MT30 PATH (Pathways to Adoption of Technologies in Healthcare) i'r Ymgynghoriad

⁹⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 140], 20 Mawrth 2014

o werthusiadau o'r fath gael eu defnyddio wedyn i lywio arfarniadau yn y dyfodol.⁹¹

76. Awgrymodd yr Athro Carl Heneghan o Ganolfan Meddygaeth yn seiliedig ar Dystiolaeth ym Mhrifysgol Rhydychen fod gwaith goruchwylio ar ôl mabwysiadu yn cael ei wneud yn effeithiol mewn rhai meysydd, gan gyfeirio at y Gofrestr Genedlaethol ar y Cyd a Chofrestr yr Arennau fel enghreifftiau:

“We have very well-functioning registries that come from associations, whether the Royal College of Surgeons or the British Orthopaedic Association, which tend to lead that process. They are probably the best people to lead those processes. Having them strongly in place is very helpful.”⁹²

Barn y Pwyllgor

77. Ym marn y Pwyllgor, mae angen proses well, gadarn a thryloyw o arfarnu technolegau meddygol newydd ar sail Cymru gyfan. Awgrymwyd yn gryf gan y dystiolaeth a glywodd y Pwyllgor y gallai fod dadl dros sefydlu rôl i gorff cenedlaethol, yn debyg i Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan, neu dros ymestyn cylch gwaith presennol Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan.

78. Dylai'r rôl, p'un a yw'n cael ei chyflawni gan Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan neu gorff newydd:

- ategu gwaith NICE;
- cynnwys gweithredu fel 'drws ffrynt' i GIG Cymru er mwyn i'r diwydiant fod yn rhan o broses glir o gyflwyno technolegau;
- ymgysylltu â fforymau lle y caiff anghenion poblogaeth Cymru am dechnolegau eu nodi, eu hyrwyddo a'u datblygu ar y cyd ag ymchwilwyr a gweithgynhyrchwyr;
- cynnwys sganio'r gorwel yn rhagweithiol.

79. Nododd y Pwyllgor y gwahaniaethau rhwng meddyginiaethau newydd a thechnolegau newydd, ac roedd yn amlwg bod yn rhaid i'r arbenigedd angenrheidiol fod ar gael i unrhyw gorff neu broses arfarnu newydd, gan ystyried:

⁹¹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 111], 5 Chwefror 2014

⁹² ibid, Cofnod y Trafodion [para 341], 6 Mawrth 2014

- natur amrywiol technolegau;
- y sylfaen tystiolaeth gwannach na'r hyn sy'n bodoli ar gyfer meddyginiaethau;
- ffactorau megis defnyddioldeb, effaith ar lwybrau gofal a llifau gwaith, addasu dyfeisiau'n fynych ac ati.

80. Ni ellid mesur i ba raddau y mae'r rôl arfarnu yn cael ei chyflawni'n llwyddiannus yn ôl cyfradd mabwysiadu technolegau meddygol newydd, ond yn hytrach, gan fabwysiadu technolegau effeithiol sy'n seiliedig ar dystiolaeth ac sy'n berthnasol i anghenion Cymru mewn ffordd briodol ac amserol. Fodd bynnag, roedd y Pwyllgor o'r farn bod angen data cadarnach ynglŷn â mabwysiadu technoleg i ategu'r gwaith o asesu'r broses arfarnu.

Argymhelliad 3: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol, o fewn 12 mis i gyhoeddi'r adroddiad hwn, ddatblygu opsiynau ar gyfer dull o arfarnu technolegau meddygol i Gymru gyfan, er mwyn cyflawni swyddogaeth debyg o ran technolegau meddygol ag a gyflawnir gan Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan o ran meddyginiaethau.

81. Cred y Pwyllgor, wrth ddatblygu proses arfarnu i Gymru gyfan, fod yn rhaid ystyried llwybr hysbysu neu atgyfeirio priodol ar gyfer technolegau newydd gan weithgynhyrchwyr, clinigwyr ac eraill, a lle i geisio arfarniadau sy'n benodol i Gymru yn rhagweithiol.

82. Roedd yn achos pryder gan y Pwyllgor glywed bod anghysondeb o ran lledaenu a mabwysiadu yng Nghymru lle ceir arweiniad NICE mewn perthynas â thechnolegau meddygol. Croesawodd tystiolaeth y Gweinidog fod grŵp wedi cael ei sefydlu'n ddiweddar er mwyn mynd i'r afael â'r mater hwn, a hwyluso proses lle y bydd GIG Cymru yn ymgysylltu'n gynnar â rhaglen waith NICE.

Argymhelliad 4: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol gymryd camau i sicrhau bod arweiniad NICE ar dechnolegau meddygol yn cael ei ledaenu o fewn GIG Cymru mewn modd amserol ac yn cael ei ystyried yn llawn wrth gynllunio a darparu gwasanaethau.

Argymhelliad 5: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol sicrhau y caiff y broses o fabwysiadu technolegau meddygol a argymhellir ledled Cymru, gan gynnwys y rhai a argymhellir gan NICE, ei mesur fel rhan o broses archwilio ffurfiol.

83. Nododd y Pwyllgor hefyd argymhelliad yr adolygiad o arfarnu meddyginiaethau amddifad a thra amddifad ynglŷn â rôl Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru yn y broses o arfarnu a chomisiynu'r meddyginiaethau hyn. Mewn ymateb i argymhellion y Pwyllgor ynglŷn â gwelliannau i drefniadau arfarnu a chomisiynu technolegau meddygol, mae'r Pwyllgor yn disgwyl y bydd y Gweinidog yn ystyried ac yn egluro rôl Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru hefyd.

4. Comisiynu

84. Awgrymodd y dystiolaeth ysgrifenedig a gyflwynwyd i ymchwiliad y Pwyllgor y gall prosesau gwneud penderfyniadau mewn perthynas â mabwysiadu technolegau meddygol newydd fod yn araf, a bod diffyg eglurder, tryloywder a chysondeb ledled Cymru.⁹³ Mynegwyd pryderon gan nifer o randdeiliaid, gan gynnwys Cedar a Phwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru, nad yw penderfyniadau i gomisiynu technolegau meddygol bob amser yn seiliedig ar dystiolaeth.⁹⁴

85. Dywedwyd wrth y Pwyllgor y caiff technolegau eu mabwysiadu mewn nifer o ffyrdd ar hyn o bryd, ond mai clinigwyr sy'n llywio'r broses gan amlaf, a all arwain at gomisiynu technolegau mewn ymateb i'r lleisiau mwyaf croch neu daer, yn hytrach na'r rhai sy'n cyflwyno'r achos gorau dros fabwysiadu.⁹⁵ Fodd bynnag, roedd ymatebwyr i'r ymgynghoriad yn glir bod mynediad at arbenigedd clinigol yn elfen bwysig o'r broses gwneud penderfyniadau.⁹⁶ At hynny, pwysleisiwyd pwysigrwydd cydnabod safbwyntiau cleifion a gofalwyr yn y broses gomisiynu gan Goleg Brenhinol y Radiolegwyr, ymhlith eraill.⁹⁷

86. Soniodd Dr Tom Crosby o Ganolfan Ganser Felindre wrth y Pwyllgor am ei brofiad o geisio sefydlu gwasanaeth Radiotherapi Dwysedd Addasedig ("IMRT"), gan ddweud ei bod yn "chaotic", a bod tair system wahanol o gomisiynu gwasanaethau radiotherapi, gan gynnwys:

- Is-bwyllgor Oncoleg Glinigol Pwyllgor Ymgynghorol Gwyddonol Cymru;
- Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru;
- trefniadau comisiynu'r byrddau iechyd eu hunain.⁹⁸

87. Dywedodd wrth y Pwyllgor mai'r hyn yr oedd clinigwyr am ei weld, o ran technolegau, oedd eglurder ynglŷn â'r prosesau comisiynu er

⁹³ Cynulliad Cenedlaethol Cymru , Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymatebion MT13 Coleg Brenhinol y Radiolegwyr, MT31 Ymchwil Canser y DU, MT29 AposTherapy

⁹⁴ Ibid, Ymatebion MT 32 Dr S Peirce, MT33 Cedar, MT23 MediWales i'r Ymgynghoriad

⁹⁵ Ibid, Ymatebion MT 32 Dr S Peirce a MT33 Cedar i'r Ymgynghoriad

⁹⁶ Ibid, Ymatebion MT13 Coleg Brenhinol y Radiolegwyr i'r Ymgynghoriad

⁹⁷ Ibid

⁹⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 13], 6 Mawrth 2014

mwyn osgoi gorfod “use a scattergun approach with every opportunity to try to drive the technology forward”.⁹⁹

88. Datblygwyd Fframwaith Blaenoriaethu i Gymru Gyfan¹⁰⁰ yn 2011 i’w ddefnyddio gan bob Bwrdd Iechyd a Phwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru fel adnodd i helpu i wneud penderfyniadau ynglŷn â gwasanaethau gofal iechyd, gan gynnwys meddyginiaethau a thechnolegau meddygol. Argymhellodd y Fframwaith y dylid sefydlu “panel blaenoriaethu” ffurfiol ym mhob Bwrdd Iechyd/ Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru. Disgrifiwyd gwaith y panel blaenoriaethu ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a’r Fro ym mhapur tystiolaeth Cedar fel enghraifft gadarnhaol o ddull systematig o wneud penderfyniadau, ond nododd Cedar nad oedd y panel yn cyfarfod mwyach a’i fod yn gresynu at hynny. Fodd bynnag, mewn tystiolaeth lafar ar 5 Chwefror, dywedodd y tyst o Cedar fod panel Caerdydd a’r Fro yn cyfarfod unwaith eto erbyn hyn.¹⁰¹

89. Dywedodd Dr Susan Peirce, Peiriannydd Clinigol sydd wedi cael profiad o werthuso a defnyddio technolegau meddygol, wrth y Pwyllgor ei bod yn credu y byddai gan y rhan fwyaf o ysbytai enghreifftiau o dechnolegau nad oeddent yn cael eu defnyddio’n aml, er bod “greater culture of gatekeeping, scrutiny and justification in terms of acquiring technology” yn datblygu.¹⁰² Nododd Sue Evans ar ran Cymdeithas y Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol fod cyflymder newidiadau ym maes technolegau meddygol a chynorthwyol yn golygu bod “things become out of date pretty quickly”.¹⁰³

90. Ar 8 Mai 2014, nododd y Gweinidog bwysigrwydd “technology discard”, gan gyfeirio at Ganllawiau’r Bwrdd Arferion Gorau ac Arloesi ym maes Iechyd a Lles ar Systemau Mabwysiadu Technolegau, a roddwyd i fyrddau Iechyd yn 2013:

“As well as introducing new technologies, a very important part of this field is to stop using technologies that have been superseded by better things. The board’s advice was very clear to local health boards: they needed to look at what they were

⁹⁹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 31], 6 Mawrth 2014

¹⁰⁰ GIG Cymru, [Fframwaith Blaenoriaethu Cymru Gyfan](#), Rhagfyr 2011 [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

¹⁰¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 96], 5 Chwefror 2014

¹⁰² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 146], 5 Chwefror 2014

¹⁰³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 164], 18 Medi 2014

already doing and to stop doing things that were no longer the most current and effective.”¹⁰⁴

Comisiynu cenedlaethol o'i gymharu â chomisynu lleol

91. Dywedodd yr Athro John Watkins o Bwyllgor Ymgynghorol Gwyddonol Cymru wrth y Pwyllgor fod technolegau meddygol yn dod o dan dri chategori: y rhai sy'n cyfrannu at brofi a diagnosteg; technolegau ymyriadol; a “disruptive innovations [...] that change the way that you actually do things”.¹⁰⁵ Dywedodd y gallai'r sylfaen tystiolaeth ar gyfer buddiannau “arloesi aflonyddol” fod yn llai clir na'r categorïau eraill o dechnolegau.¹⁰⁶

92. Dyweodd Sally Chisholm o NICE wrth y Pwyllgor fod technolegau:

“used in complex care pathways where technologies may provide an opportunity for patients to receive their care in a different setting, or in a different way, at a different time. That needs service redesign and it is really important that the people who are going to be using and receiving that technology are involved and are given the skills and advice to allow them to make that change so that the technology can be most successfully deployed.”¹⁰⁷

93. Tynnodd y Gweinidog sylw at yr effaith y gall comisiynu gwasanaethau newydd ei chael, gan nodi y gall fod angen newid diwylliannol, ac ail-lunio systemau a llwybrau cleifion er mwyn cyflwyno technoleg newydd.¹⁰⁸

94. Clywodd y Pwyllgor am enghreifftiau o gomisiynu wedi'i ddatganoli a oedd wedi cael effaith negyddol ar y gwasanaethau a oedd ar gael i gleifion yng Nghymru. Rhoddodd Cymdeithas Gastroenteroleg ac Endoscopi Cymru (WAGE) enghraifft lle y penderfynwyd peidio â chanoli gwasanaeth uwchsain endoscopig De Cymru, a hynny'n groes i gyngor arbenigwyr yn y maes:

“The proposal was discussed at one of the monthly meetings of the Health Board Chief Executives, and the conclusion was that

¹⁰⁴ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 89], 8 Mai 2014

¹⁰⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 27], 8 Mai 2014

¹⁰⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 71], 8 Mai 2014

¹⁰⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 110], 5 Chwefror 2014

¹⁰⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 104], 8 Mai 2014

it was up to each individual LHB to prioritise investment in this service as they saw fit. This was an unfortunate outcome, which has impeded development of a modern, cost effective EUS service in Wales, and an important opportunity for setting up a viable service with adequate volumes for training (meeting national standards) was missed.”¹⁰⁹

95. Yn yr un modd, disgrifiodd Fiona Jenkins o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a’r Fro y rhaglen a oedd yn mynd rhagddi i ddatblygu strategaeth genomeg i Gymru. Soniodd am anawsterau comisiynu mewn partneriaeth ar draws byrddau iechyd, prifysgolion, Iechyd Cyhoeddus Cymru a Phwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru, gan nodi y gallai Cymru golli ei lefelau presennol o arbenigedd pe na bai cynnydd yn cael ei wneud i lunio strategaeth.¹¹⁰

96. Cafwyd cytundeb cyffredinol ymhlith y rhai a ymatebodd i ymgynghoriad y Pwyllgor fod angen dull mwy strategol, cydgysylltiedig o gomisiynu technolegau meddygol newydd. Cafwyd cefnogaeth i gomisiynu ar sail Gymru gyfan, naill ai yn ôl meysydd penodol o ymarfer, triniaethau neu dechnegau mwy costus neu arbenigol iawn, neu ar gyfer technolegau’n fwy cyffredinol.¹¹¹ Dywedodd Cymdeithas Brydeinig y Diwydiant Fferyllol wrth y Pwyllgor fod proses gomisiynu genedlaethol yn osgoi’r “fragmentation of any local decision making”.¹¹²

97. Dywedodd Jared Torkington, llawfeddyg ymgynghorol a oedd yn cynrychioli Coleg Brenhinol y Llawfeddygon, fod byrddau iechyd yn amharod weithiau i gomisiynu gwasanaethau ar lefel leol ar hyn o bryd oherwydd:

- maent o’r farn nad oes digon o alw lleol er mwyn i’r gwasanaeth fod yn ddichonadwy yn ariannol;
- nid ydynt yn gwybod pa fyrddau iechyd eraill a allai gomisiynu’r gwasanaeth hefyd.¹¹³

¹⁰⁹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymateb MT15 Cymdeithas Gastroenteroleg ac Endosgopi Cymru i’r Ymgynghoriad

¹¹⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 54], 19 Chwefror 2014

¹¹¹ Ibid, Ymatebion MT4 Coleg Brenhinol Ffisigwyr Cymru, MT5 Dr Peter Groves, MT10 Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi, MT13 Coleg Brenhinol y Radiolegwyr, MT14 Academi Colegau Meddygol Brenhinol Cymru i’r Ymgynghoriad

¹¹² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 160], 22 Ionawr 2014

¹¹³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 131], 20 Mawrth 2014

98. Esboniodd sut y dylai'r berthynas rhwng grŵp comisiynu a grŵp arfarnu weithio:

"I feel that we should have a separate commissioning group that says, 'The appraisal group has said that we need to have an RFA¹¹⁴ service in Wales', and the commissioning group then decides how it is going to be commissioned. [...] it is a really good example of a service that is required in Wales and a really good example of why a new, more transparent approach to appraisal and commissioning is desperately required for new technology."¹¹⁵

99. Disgrifiodd Peter Barrett-Lee o Ymddiriedolaeth GIG Felindre y cysylltiad rhwng comisiynu a phroses arfarnu gadarn hefyd:

"I think that, first of all, you would have a single body that would do the appraisal. If we all sign up, then we have to agree and abide by the result. That is the first thing. You get a clear result as to whether this is something that we should do in Wales or something that we should not do. Then, I think, there needs to be a link to the commissioning."¹¹⁶

100. Dywedodd Dr Martin Rolles o Bwyllgor Sefydlog Cymru Coleg Brenhinol y Radiolegwyr fod cymhlethdod y broses o gomisiynu technolegau o ran y cyfarpar, hyfforddiant a gwybodaeth staff, a'r arbenigedd parhaus, yn golygu ei bod yn broses hir a oedd yn gofyn am safbwynt strategol hirdymor. Dywedodd:

"Really, we have to be thinking five and 10 years into the future, spotting trends and trying to anticipate things, because it is an ongoing process. That really requires central and strategic commissioning."¹¹⁷

101. Soniodd sawl tyst am yr angen am gydbwysedd rhwng comisiynu cenedlaethol a lleol. Dywedodd Dr Peter Groves, Cardiolegydd Ymgynghorol ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro ac is-Gadeirydd Pwyllgor Cynghori NICE ar Dechnoleg Feddygol, wrth y Pwyllgor:

¹¹⁴ Triniaeth anymwthiol sy'n datblygu'n gyflym ar gyfer canserau penodol ar yr ysgyfaint, afu/iau a'r arennau yw abladu radio-amledd. Mae'n ddefnyddiol hefyd o ran trin mathau o dyfiant ar yr asgwrn.

¹¹⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 131], 20 Mawrth 2014

¹¹⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 84], 20 Mawrth 2014

¹¹⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 31], 20 Mawrth 2014

“there is, indeed, a place for strategic national commissioning, which should be multidisciplinary and, in my opinion, take advice from clinicians, commissioners, patients and people receiving the services. One could define a structure that allows for a multidisciplinary approach that provides a national strategic framework for this kind of exercise to work in parallel with the local implementation that is, inevitably, very important within our organisations.”¹¹⁸

102. Ymhelaethwyd ar yr angen am gydbwysedd o’r fath gan Dr Tom Crosby, a ddywedodd fod byrddau iechyd yn comisiynu dros eu poblogaethau eu hunain yn dda, ond nad oeddent mor llwyddiannus o ran cydweithredu ar draws ffiniau byrddau iechyd er mwyn comisiynu ar y cyd:

“Appraisal should be on an all-Wales basis for whatever technology it is and wherever it is being used to ensure that health boards have access to that appraisal evidence that they can use to commission for their population. So, I would say that the appraisal process should be national. As to commissioning, anything that extends across a health board boundary should come into a specialist commissioning group.”¹¹⁹

103. O ran comisiynu technolegau ym maes gofal cymdeithasol, rhybuddiodd Sue Evans o Gymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru:

“One danger of commissioning things nationally is that you end up with a storage facility with equipment that is no longer fit for purpose.”¹²⁰

104. Esboniodd fod awdurdodau lleol, o ganlyniad, yn comisiynu ar y sail ganlynol:

“if something is very expensive, and you want to buy it only once, you might want to commission that on a regional or even national basis. However, if it is something that you are buying on a regular basis, and it is very small, it is much easier to try

¹¹⁸ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 68], 5 Chwefror 2014

¹¹⁹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 68], 6 Mawrth 2014

¹²⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 164], 18 Medi 2014

to think about commissioning that on a very local basis at a local authority level.”¹²¹

105. Cytunodd Yr Athro Philip Routledge, Cadeirydd Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan, y gallai’r lefel gomisiynu briodol ar gyfer technolegau meddygol amrywio. Awgrymodd y dylid ystyried y math o dechnoleg a’i chost, yn ogystal â’r materion daearyddol a amlinellwyd gan Dr Crosby, wrth benderfynu ar y dull priodol o gomisiynu. Awgrymodd y gallai technolegau unigol ac iddynt oblygiadau sylweddol o ran costau, neu dechnolegau cost isel, y byddai eu hangen mewn niferoedd mawr, gael effaith gyllidebol fawr ar y gwasanaeth iechyd yng Nghymru.¹²² Cynigiodd y dylai maint yr effaith gyllidebol fod yn ffactor wrth benderfynu a ddylid comisiynu technoleg yn ganolog neu’n fwy lleol.¹²³

Comisiynu drwy Werthuso

106. Soniodd rhai tystion yn ffafriol am fenter Comisiynu drwy Werthuso GIG Lloegr, lle y caiff technolegau eu mabwysiadu ar gam cynnar ond y cânt eu gwerthuso ar unwaith ac yn barhaus. O dan y fenter hon, os na fydd technolegau yn cynnig y buddiannau a ragwelwyd, neu os ydynt yn fwy costus nag a ragwelwyd, gellir gwneud addasiadau’n gynnar.¹²⁴ Dywedodd Dr Peter Groves, Cardiogydd Ymgynghorol ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a’r Fro ac is-Gadeirydd Pwyllgor Cyngori NICE ar Dechnoleg Feddygol, wrth y Pwyllgor y byddai’n awyddus i Gymru gymryd rhan yn y rhaglen Comisiynu drwy Werthuso, gan nodi mai un o’i chryfderau yw’r ffaith:

“when there may be uncertainties about the evidence of the benefit of a new technology, rather than discard the potential promise, as it were, an approach adopted in England is to have a collaboration between commissioners and providers to deliver the service, but at the same time generate the evidence.”¹²⁵

107. Yn yr un modd, dywedodd Dr Tom Crosby o Ganolfan Ganser Felindre wrth y Pwyllgor fod yn rhaid i Gymru fod yn rhan o ddull

¹²¹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 163], 18 Medi 2014

¹²² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 196], 3 Ebrill 2014

¹²³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 196], 3 Ebrill 2014

¹²⁴ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 72], 20 Mawrth 2014

¹²⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 84], 5 Chwefror 2014

comisiynu drwy werthuso, boed hynny fel rhan o'r rhaglen Comisiynu drwy Werthuso a ddatblygwyd gan GIG Lloegr, neu fel system ar wahân i Gymru.¹²⁶

108. Hysbysodd y Gweinidog y Pwyllgor y bydd Cymru yn rhan o'r rhaglen Comisiynu drwy Werthuso.¹²⁷ Fodd bynnag, dywedodd swyddogion y Gweinidog wrth y Pwyllgor mai dim ond nifer gyfyngedig o dechnolegau y gall un rhaglen o'r fath eu hystyried. Dywedodd, er bod NICE yn arfarnu pump neu chwech o dechnolegau y flwyddyn, fod tystiolaeth Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru wedi dangos bod 500,000 o dechnolegau newydd yn cael eu defnyddio gan wasanaethau iechyd yn Ewrop. Aeth yn ei flaen i ddweud:

“What needs to be done, and what the developers and producers of those technologies need, is a way to get that into health settings so that they can be tested as they go along, with evaluation from clinicians and patients to see whether the technology works and how it could be improved.”¹²⁸

Proses Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol

109. Codwyd pryderon yn y dystiolaeth a gyflwynwyd i'r Pwyllgor ynglŷn â'r ffordd y caiff proses Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol ei gweithredu o ran technolegau meddygol newydd.

110. Dywedodd Fiona Jenkins o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro wrth y Pwyllgor ei bod yn aelod o banel Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol ei bwrdd iechyd, a'i bod wedi bod mewn cyfarfod o holl baneli Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol Cymru yn ddiweddar, a oedd wedi trafod yr amrywiadau mewn prosesau ymhlith y byrddau iechyd. Cafwyd consensws bod asesu 'eithriadoldeb' yn broblem, ac nad oedd proses bresennol Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol yn ystyried “how we best use our funds on the basis of the budget that we have and the remit that we have for the health of the total population”.¹²⁹

111. Yn ei bapur tystiolaeth i'r Pwyllgor, disgrifiodd Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru broses y Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol fel “the lowest grade and quality of appraisal process

¹²⁶ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 93], 6 Mawrth 2014

¹²⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 122], 8 Mai 2014

¹²⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 125], 8 Mai 2014

¹²⁹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 70], 19 Chwefror 2014

currently in Wales”. Aeth yn ei flaen i ddweud bod amrywio sylweddol rhwng ansawdd arfarniadau a gynhelir gan fyrddau iechyd gwahanol, a bod “most Panels operate without robust methods of evidence appraisal”.¹³⁰

112. Dywedodd Dr Geoffrey Carroll o Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru wrth y Pwyllgor y gallai fod achosion lle nad oedd yn glir pa fwrdd iechyd a oedd yn gyfrifol am benderfynu ar gais cyllido claf unigol, a allai arwain at “annoyance of patients and others”, a bod clinigwyr yn ansicr a yw penderfyniadau a wnaed yn achos un claf wedi creu cynsail i benderfyniadau mewn perthynas â chlaf arall.¹³¹

113. Comisiynodd y Gweinidog adolygiad o broses Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol ym mis Hydref 2013 ac, ym mis Ebrill 2014, daeth y grŵp adolygu i’r casgliad y gall y broses gefnogi penderfyniadau rhesymegol, sy’n seiliedig ar dystiolaeth ynglŷn â thechnolegau meddygol ac anfeddygol, nad ydynt ar gael fel mater o drefn yng Nghymru. Gwnaeth nifer o argymhellion i atgyfnerthu’r broses, gan gynnwys mwy o dryloywder a chysondeb rhwng paneli.

114. Dywedodd y Gweinidog wrth y Pwyllgor ei fod yn credu y dylai fod “pwynt mantoli” lle y byddai dull comisiynu cenedlaethol yn dod yn fwy priodol yn hytrach na gwneud penderfyniadau ar sail unigol, gan nodi:

“At that point, it ought to move from being an IPFR process to being a WHSSC process, where WHSSC commissions it. That is part of why the report is so clear that better alignment between AWMSG, WHSSC and IPFR is part of what needs to happen.”¹³²

115. Ers i’r Pwyllgor gasglu ei dystiolaeth ar yr ymchwiliad hwn, mae’r Gweinidog wedi amlinellu’r camau y bydd yn eu cymryd i atgyfnerthu proses Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol yng Nghymru.¹³³

Barn y Pwyllgor

116. Nododd y Pwyllgor fod cryn gefnogaeth i gorff comisiynu i Gymru gyfan er mwyn helpu i sicrhau mynediad teg ac amserol i driniaethau i gleifion ledled Cymru. Serch hynny, nododd y Pwyllgor hefyd fod

¹³⁰ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymateb MT36 Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru i’r Ymgynghoriad

¹³¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 69], 19 Chwefror 2014

¹³² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 159], 8 Mai 2014

¹³³ Llywodraeth Cymru, [Datganiad ysgrifenedig: Proses Ceisiadau Cyllido Cleifion Unigol \(IPFR\) – Y Camau Nesaf](#), 5 Tachwedd 2014 [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

angen sicrhau bod cydbwysedd rhwng gwaith comisiynu cenedlaethol a lleol, yn dibynnu ar y math o dechnoleg dan sylw a'i chost, a lefel yr angen yn y boblogaeth. Cydnabu'r Pwyllgor fod angen i'r pwyntiau a wnaed yn y dystiolaeth ynglŷn â'r angen am drefniadau ar gyfer comisiynu trawsffiniol – boed hynny ar draws ffiniau byrddau iechyd neu'r ffin rhwng Cymru a Lloegr – gael eu hystyried ymhellach.

Argymhelliad 6: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol ddatblygu a sefydlu dull mwy strategol o gomisiynu technolegau meddygol newydd yng Nghymru y mae'n rhaid iddo fod yn gysylltiedig â phroses arfarnu a gwerthuso gadarn.

Argymhelliad 7: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol sicrhau bod dull cenedlaethol o gomisiynu yn cael ei fabwysiadu mewn achosion lle:

- mae effaith technolegau meddygol arfaethedig ar y gyllideb yn fawr;
- mae angen diwallu anghenion poblogaeth ehangach;
- mae angen i wasanaethau gael eu comisiynu ar draws ffiniau byrddau iechyd; a/neu
- mae potensial i gomisiynu triniaeth o rannau eraill o'r DU.

117. Nododd y Pwyllgor barch tystion tuag at raglen Comisiynu drwy Werthuso GIG Lloegr, a chroesawodd dystiolaeth y Gweinidog y bydd Cymru yn cymryd rhan ynddi. Fodd bynnag, ni fydd menter Comisiynu drwy Werthuso ar ei phen ei hun yn ddigon. Hoffai'r Pwyllgor gael manylion pellach ynglŷn â sut y bydd y Gweinidog yn datblygu'r dull hwn o fabwysiadau technolegau yng Nghymru.

Argymhelliad 8: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol roi manylion y camau gweithredu y bydd yn eu cymryd i ddatblygu'r dull o fabwysiadu technolegau meddygol yng Nghymru ymhellach. Dylai hyn gynnwys arwydd o'r ffordd y caiff prosiect Comisiynu drwy Werthuso yn Lloegr, ac opsiynau eraill ar gyfer gwerthuso, eu hystyried a'u haddasu ar gyfer cyd-destun Cymru.

5. Ymgysylltu'n gynnar â rhanddeiliaid

118. Roedd pwysigrwydd sicrhau bod pob rhanddeiliad perthnasol yn rhan o'r broses o arfarnu, comisiynu a gwerthuso technolegau meddygol yn un o themâu allweddol yr ymchwiliad hwn. Pwysleisiodd tystiolaeth ysgrifenedig a llafar y rôl bwysig y mae clinigwyr, diwydiant a phartneriaid ymchwil, a chleifion yn ei chwarae ym mhob agwedd ar y broses o fabwysiadu technolegau meddygol.

Rôl clinigwyr ac ymarferwyr

119. Mae clinigwyr ac ymarferwyr yn chwarae rhan ganolog yn y broses o fabwysiadu technolegau, gan gynnwys nodi angen clinigol, sganio'r gorwel am dechnoleg berthnasol, arfarnu, cynllunio gwasanaethau a gweithredu.

120. Er bod consensws ynglŷn â phwysigrwydd ymwneud clinigwyr ac ymarferwyr yn y broses o werthuso technolegau newydd, mynegwyd y farn nad clinigwyr yn unig ddylai fod yn gyfrifol am werthuso technolegau, oherwydd efallai na fydd ganddynt rai o'r sgiliau, yr amser na'r safbwynt system gyfan sydd eu hangen i gynnal asesiadau trylwyr.¹³⁴

121. Clywodd y Pwyllgor hefyd y teimlid bod y gallu i gael gafael ar driniaethau newydd effeithiol yn ffactor pwysig o ran recriwtio a chadw staff o safon uchel, ac y gallai prinder technoleg flaengar roi Cymru o dan anfantais wrth gystadlu â gwledydd eraill y DU i recriwtio'r gweithlu gorau.¹³⁵

122. Dywedodd Dr Peter Groves, Cardiologydd Ymgynghorol ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro ac Is-gadeirydd Pwyllgor Cynghori NICE ar Dechnoleg Feddygol, wrth y Pwyllgor:

“Clinicians would be reassured in their working environment if they knew that processes were in place that would provide them with the opportunity of implementing new technologies within their speciality, within their working environment. That is something that would be an incentive and would absolutely

¹³⁴ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymateb MT32 Dr S Peirce i'r Ymgynghoriad

¹³⁵ Ibid, Ymateb MT13 Coleg Brenhinol y Radiolegwyr i'r Ymgynghoriad

help with recruitment of specialists to come to work or at least to stay in Wales.”¹³⁶

123. Ategwyd hyn gan yr Athro Peter Barrett-Lee, a ddywedodd fod arbenigwyr am weithio mewn canolfannau rhagoriaeth yn eu maes, a bod:

“If you are not on that map, then there is a struggle, because we are in competition, not just with ourselves in Wales, but with everybody else, even with those in Europe. So it is about retention of staff, but also encouraging staff to come to work.”¹³⁷

124. Rhoddwyd enghraifft o’r buddiannau pan fydd BBaChau yn ymgysylltu â chlinigwyr ar gam cynnar yn natblygiad eu technolegau i’r Pwyllgor. Dywedodd yr Athro Ceri Phillips ei fod wedi bod yn rhan o broses o werthuso cyfarpar llawfeddygol untro ar gyfer tonsilectomiau yn ddiweddar yr oedd BBaCh yn bwriadu ei gynhyrchu. Cododd clinigwyr bryderon ynglŷn â’r mân amrywiadau mewn offer untro, a thybid bod y risg o halogi sy’n gysylltiedig â pheidio â defnyddio offer untro, yng ngoleuni datblygiadau mewn technegau glanhau, mor fach fel nad oedd defnyddio offer untro yn gosteffeithiol. Roedd y BBaCh yn gallu cael cyngor, felly, ei bod yn annhebygol y byddai marchnad ar gyfer y cynhyrchion yn gynnwys yn y broses ddatblygu.¹³⁸

125. Ym marn tystion eraill, roedd angen hyrwyddo mwy o ymwneud â thechnolegau meddygol ymhlith Ymarferwyr Cyffredinol. Dywedodd Dr Pushpinder Mangat o Fwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg wrth y Pwyllgor y gallai fod yn anodd sicrhau ymwneud ymarferwyr cyffredinol a meddygon ymgynghorol ysbytai, a bod ei fwrdd iechyd yn sefydlu rhwydweithiau i annog lledaenu brwdfrydedd dros ddefnyddio technolegau meddygol - ac arloesi ynddynt.¹³⁹ Er i rai cynrychiolwyr ymarfer cyffredinol nodi nad oes unrhyw fforwm ffurfiol wedi bodoli’n hanesyddol lle y gall gofal sylfaenol drafod a phennu blaenoriaethau ar gyfer defnyddio technolegau,¹⁴⁰ pwysleisiodd eraill y gallai clystyrau o

¹³⁶ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 105], 5 Chwefror 2014

¹³⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 38], 20 Mawrth 2014

¹³⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 250], 5 Chwefror 2014

¹³⁹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 138], 19 Chwefror 2014

¹⁴⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 105], 18 Medi 2014

ymarferwyr cyffredinol newydd eu sefydlu chwarae rhan bwysig i'w gwneud yn bosibl i'r trafodaethau hynny ddigwydd.¹⁴¹

126. Mewn gwrthgyferbyniad, cyfeiriodd cynrychiolwyr gofal cymdeithasol at y Rhwydwaith Dysgu a Gwella Technoleg Gynorthwyol sy'n bodoli yn y sector i rannu arfer gorau a dysgu:

“What we have found within the Social Services Improvement Agency is that bringing people together who have a vested interest and a skill set around particular themes can be very useful to take forward agendas. [...] we have brought back what is called the assisted technology learning and improvement network. It is about the key people who work within health and local authorities who work in that field, and trying to pull people together, because what we find is that there is some excellent learning that could be shared by bringing people together. It is also about trying to look at how we can find consistent approaches. By bringing people together, you get an understanding of what the picture is for Wales.”¹⁴²

127. Dywedodd Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan wrth y Pwyllgor fod clinigwyr yn cael eu cynrychioli yn ei brosesau arfarnu a gwneud penderfyniadau a defnyddiodd wybodaeth o rwydweithiau clinigol ynglŷn â meddyginiaethau newydd er mwyn nodi faint o ddiddordeb clinigol oedd ac er mwyn llywio ei waith. Dywedodd y byddai'n fuddiol pe câi barn clinigwyr ei chofnodi wrth arfarnu technolegau meddygol, ond y byddai heriau o ran sicrhau bod gweithgynhyrchwyr yn ymwybodol o fuddiannau ymgysylltu'n gynnar â chlinigwyr, arfarnwyr a'r GIG.¹⁴³

128. Roedd tystiolaeth a gyflwynwyd i'r Pwyllgor yn glir bod yn rhaid i'r broses o gyflwyno technolegau newydd fynd law yn llaw â rhaglenni hyfforddiant er mwyn sicrhau bod y rhai sy'n darparu gwasanaethau yn meddu ar yr arbenigedd angenrheidiol a'u bod yn gwneud y defnydd gorau o'r dechnoleg.¹⁴⁴ Clywodd y Pwyllgor fod enghreifftiau o arfer da, megis cynllun hyfforddiant llawdriniaeth laparosgopig y colon a'r rhefr yng Nghymru a oedd wedi arwain at fabwysiadu llawdriniaeth laparosgopig ar y colon a'r rhefr yng Nghymru a oedd cystal ag

¹⁴¹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 106], 18 Medi 2014

¹⁴² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 168], 18 Medi 2014

¹⁴³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 117-21], 22 Ionawr 2014

¹⁴⁴ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 57], 8 Mai 2014

unrhyw le arall yn y byd.¹⁴⁵ Cyfeiriwyd at gynllun gweinyddu meddyginiaethau Torfaen fel enghraifft hefyd:

“A GP will prescribe the drug treatment, the pharmacist will advise on a piece of kit that may be useful, the social worker does the assessment, to see whether that individual has the capability or the functional ability to manage that piece of equipment, and the care worker delivering the service is then trained in using that.”¹⁴⁶

Barn y Pwyllgor

129. Nododd y Pwyllgor bwysigrwydd mynediad at dechnolegau meddygol newydd ac effeithiol o ran recriwtio a chadw staff o safon uchel, a hyfforddiant i ddefnyddio technolegau newydd er mwyn helpu i ddatblygu a darparu gwasanaethau effeithiol.

Argymhelliad 9: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol ystyried rhoi systemau ar waith i fanteisio i'r eithaf ar dechnolegau meddygol newydd i gleifion ledled Cymru drwy sicrhau bod staff y GIG yn gallu cael yr hyfforddiant priodol.

Diwydiant a phartneriaid ymchwil

130. Nododd ymatebwyr i ymgynghoriad y Pwyllgor fod angen newid y berthynas rhwng y GIG a'i gyflenwyr technoleg, a dywedwyd bod diffyg eglurder ynglŷn â strwythurau'r GIG a sut y dylai'r diwydiant ymgysylltu ag ef.¹⁴⁷

131. Disgrifiodd Dr Tom Crosby o Ganolfan Ganser Felindre y gwahaniaeth rhwng meysydd technolegau fferyllol a meddygol, gan nodi:

“If clinicians did nothing, the pharmaceutical industry would ensure that its drugs were reviewed in a timely way, and that it had partnerships with appraisers to have patient access

¹⁴⁵ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 144], 20 Mawrth 2014

¹⁴⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 117-21], 22 Ionawr 2014

¹⁴⁷ Ibid, Ymateb MT20 NWSSP Procurement, SMTL, Mr Alun Tomkinson et al i'r Ymgynghoriad

schemes. We do not always have that in the technology industry.”¹⁴⁸

132. Ategwyd hyn gan Gwyn Tudor o MediWales, a ddywedodd wrth y Pwyllgor nad oedd gan Gymdeithas Diwydiannau Gofal Iechyd Prydain, a oedd, meddai, yn ystyried ei hun yn sefydliad lobïo ar ran y sector technolegau iechyd:

“the budget to be as ever-present in all areas as the pharmaceutical industry, and I do not think that it has the same objectives. The development of a medical device is more collaborative and needs based.”¹⁴⁹

133. Dywedodd Fiona Jenkins o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a’r Fro:

“the development and greater use of technologies has to be driven by the needs of the patient and from the clinical base, but we would be foolish to think that industry is not a partner in this. If, by working with industry, we could collaborate better, we would be able to advance the implementation of technologies better. However, it has to be driven by the needs of the patient, with industry as a partner, but not necessarily an equal partner in that respect.”¹⁵⁰

134. Awgrymodd tystiolaeth i ymchwiliad y Pwyllgor fod angen i’r diwydiant ddeall yn well sut i ymgysylltu â GIG Cymru ar wahanol gamau er mwyn i dechnolegau meddygol gael eu datblygu a’u rhoi ar waith yn briodol. Mae hyn yn cynnwys ymwybyddiaeth o anghenion y GIG, a sut y dylid bwydo cynhyrchion neu brototeipiau i mewn i system arfarnu GIG Cymru. Dywedodd MediWales wrth y Pwyllgor nad oedd y diwydiant yn glir ynglŷn â’r “drws ffrynt” er mwyn cael ymgysylltu â GIG Cymru.¹⁵¹ Dywedodd yr Athro Carl Heneghan o Ganolfan Meddygaeth sy’n seiliedig ar Dystiolaeth ym Mhrifysgol Rhydychen nad oedd gan y rhan fwyaf o BBAChau:

“the skills to develop the evidence, they do not have the academic ability or the cost basis to bring that academic

¹⁴⁸ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 47], 6 Mawrth 2014

¹⁴⁹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 203-4], 6 Mawrth 2014

¹⁵⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 83], 19 Chwefror 2014

¹⁵¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 224], 6 Mawrth 2014

infrastructure, to say what studies they should do and what they should look like. So, what you are really trying to do is combine two things: academic credibility and evidence bases with companies trying to build effective technologies.”¹⁵²

135. Nodwyd hefyd fod angen gwneud rhagor i annog newydd-ddyfodiaid i'r farchnad er mwyn cael mwy o arloesi. Clywodd y Pwyllgor y gall tuedd i ail-dendro ar gyfer cynhyrchion yn seiliedig ar fanylebau sy'n bodoli eisoes neu ofynion hanesyddol gyfyngu ar y gallu i fabwysiadu datblygiadau arloesol yn lleol.¹⁵³

136. Awgrymodd y dystiolaeth a gyflwynwyd fod y GIG yn ymwneud â'r diwydiant ar y cam caffael gan amlaf, yn hytrach na'r cam gwerthuso, a bod y ffocws yn tueddu i fod ar gostau byrdymor yn hytrach nag effeithlonrwydd a buddiannau technolegau yn y tymor hwy.¹⁵⁴

Cyfeiriodd MediWales at waith yr oedd wedi comisiynu'r Sefydliad Cenedlaethol ar gyfer Ymchwil Gofal Cymdeithasol ac Iechyd (NISCHR) i'w wneud pan ganfu y gellid gwella'r broses o ddatblygu a mabwysiadu technolegau meddygol yng Nghymru drwy fynediad at arbenigedd clinigol ar sawl cam, yr oedd un ohonynt yn broses ffurfiol ar gyfer gwerthuso technolegau newydd yn amserol wrth iddynt gyrraedd y farchnad. Fodd bynnag, er bod MediWales yn teimlo bod llawer o'i argymhellion wedi cael derbyniad da, prin fu'r cynnydd am nad oedd sefydliad nac adran arweiniol wedi'i nodi'n benodol.¹⁵⁵

137. Dywedodd Dr Geoffrey Carroll o Bwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru wrth y Pwyllgor fod rhaglen arfarnu technolegau arbenigol NICE yn cynnwys gweithgynhyrchwyr technolegau meddygol i raddau mwy na phroses gyfatebol Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan. Dywedodd wrth y Pwyllgor fod cwmnïau masnachol o dan raglen NICE yn “participant at the table” i raddau helaeth, ac y gofynnwyd iddynt grynhoi a thrafod tystiolaeth feddygol, tystiolaeth ymchwil, ac ar ba sail y gellid trin cleifion.¹⁵⁶ Gwrthgyferbynnodd hyn â phroses Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan lle y gofynnir i gwmnïau masnachol ateb rhai cwestiynau o bosibl, ond nad ydynt yn chwarae rôl mor flaenllaw mewn trafodaethau.

¹⁵² Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 294], 6 Mawrth 2014

¹⁵³ Ibid, Ymateb MT23 MediWales i'r Ymgynghoriad

¹⁵⁴ Ibid, Ymateb MT36 Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru i'r Ymgynghoriad

¹⁵⁵ Ibid, Ymateb MT23 MediWales i'r Ymgynghoriad

¹⁵⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 82], 19 Chwefror 2014

138. Clywodd y Pwyllgor mai ychydig iawn o dreialon clinigol o dechnolegau meddygol a gynhelir yng Nghymru,¹⁵⁷ ond bod arfer da o ran modelau o ganolfannau a rhwydweithiau gwyddoniaeth iechyd academiaidd a allai wella'r ffordd y mae'r byd academiaidd, diwydiant a'r GIG yn integreiddio i ddatblygu treialon o dechnolegau sydd eu hangen.¹⁵⁸ Rhoddwyd enghreifftiau o arfer da o ran ymgysylltu rhwng y GIG a'r diwydiant technolegau meddygol, megis Banc Canser Cymru sy'n caniatáu i ymchwilyr a gweithgynhyrchwyr gael mynediad at samplau cleifion i'w profi mewn ffordd reoledig a strwythuredig. Awgrymwyd y gellid cymhwyso'r model hwn at glefydau eraill.¹⁵⁹

139. Cyflwynwyd tystiolaeth gan Bartneriaeth Gwyddoniaeth Iechyd Academiaidd De-ddwyrain Cymru a Rhwydwaith Gwyddoniaeth Iechyd Academiaidd Gorllewin Lloegr, a nododd fuddiannau rhwydweithiau o'r fath o ran hwyluso mwy o gydweithio rhwng y GIG, y byd academiaidd a'r diwydiant. a gwella mynediad at arbenigedd. Dywedodd Dr Corinne Squire o Bartneriaeth Gwyddoniaeth Iechyd Academiaidd De-ddwyrain Cymru mai un o'i rolau oedd creu cysylltiadau â chwmnïau lleol er mwyn nodi sut y gallant fod yn rhan o dreialon clinigol.¹⁶⁰ Fodd bynnag, yn ei dystiolaeth ysgrifenedig, nododd MediWales:

“while working closely with industry and academia improves awareness of technological advancements, this spirit of collaboration is not an alternative for a systemic, impartial process of horizon scanning and evaluation.”¹⁶¹

140. Cafodd Ymchwil Iechyd Cymru a sefydlwyd yn ddiweddar - sef corff a ariennir drwy arian cyhoeddus a grëwyd i hwyluso gwaith ymchwil masnachol yn llwyddiannus yn y GIG - ei ganmol gan rai tystion fel ffynhonnell un stop ddefnyddiol o wybodaeth a chymorth i gwmnïau sydd am ymgymryd â gwaith ymchwil clinigol yng Nghymru.¹⁶² Dywedodd Gwyn Tudor o MediWales fod gweithgynhyrchwyr yn croesawu'r cyfle “to speak to the Welsh NHS as

¹⁵⁷ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 79], 20 Mawrth 2014

¹⁵⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 193], 5 Chwefror 2014

¹⁵⁹ Ibid, Ymateb MT16 Dr Molly Price-Jones (Tybio Ltd) i'r Ymgynghoriad

¹⁶⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 289], 6 Mawrth 2014

¹⁶¹ Ibid, Ymateb MT23 MediWales i'r Ymgynghoriad

¹⁶² Ibid, Ymateb MT37 Conffederasiwn GIG Cymru i'r Ymgynghoriad

a whole” a’i gwnaed yn bosibl gan Ymchwil Iechyd Cymru o ran treialon clinigol.¹⁶³

141. Disgrifiodd y Gweinidog y flaenoriaeth a’r buddsoddiad a roddir i wyddorau bywyd fel sector datblygu economaidd, gan gynnwys, er enghraifft, ganolfan gwyddorau bywyd, a agorwyd ym mis Gorffennaf 2014, gyda’r nod o fod yn “ddrws ffrynt” i’r system iechyd a’r sector gwyddorau bywyd yng Nghymru.¹⁶⁴

Barn y Pwyllgor

142. Cydnabu’r Pwyllgor fuddsoddiad Llywodraeth Cymru yn y sector gwyddorau bywyd yng Nghymru a’r ffordd y mae wedi’i ddatblygu. Croesawyd hefyd sefydlu Ymchwil Iechyd Cymru, a’r rhwydwaith gwyddoniaeth iechyd academiaidd. Roedd y Pwyllgor o’r farn y byddai’r gwaith hwn yn hwyluso’r broses o ymgysylltu rhwng y diwydiant, y byd academiaidd a phartneriaid yn y GIG, ac mae ganddo rôl bwysig i’w chwarae yn y gwaith o ddatblygu treialon clinigol o dechnolegau sy’n berthnasol i anghenion Cymru. At hynny, cydnabu’r Pwyllgor y rôl bwysig y mae treialon clinigol yn ei chwarae o ran denu clinigwyr ac academyddion o safon uchel i Gymru a’u cadw. Daeth y Pwyllgor i’r casgliad y gellid gwneud rhagor i ddatblygu gwaith ymchwil a datblygu a arweinir gan angen yng Nghymru.

Argymhelliad 10: Mae’r Pwyllgor yn argymhell y dylai’r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol amlinellu’r camau y bydd yn eu cymryd i hwyluso’r gwaith o ddatblygu ymhellach dreialon clinigol a gwaith ymchwil a datblygu a arweinir gan anghenion yng Nghymru gan gynnwys sut y bydd y rhain yn ymwneud â’r broses asesu/arfarnu technoleg meddygol.

Cynnwys cleifion

143. Clywodd y Pwyllgor dystiolaeth hefyd ynglŷn â phwysigrwydd cynnwys safbwyntiau cleifion wrth werthuso a mabwysiadu technolegau, gan mai hwy a/neu aelodau o’u teulu fydd yn y sefyllfa orau “to value the real-life impact of early diagnosis and subsequent

¹⁶³ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 215], 6 Mawrth 2014

¹⁶⁴ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 132], 8 Mai 2014

planning for services that can be realised as a result of the timely uptake of new medical technologies”.¹⁶⁵

144. Dywedodd Bernadette McCarthy o Ganolfan Ganser Felindre wrth y Pwyllgor nad oedd cleifion yn cael eu cynnwys ddigon yn y gwaith o ddatblygu ac asesu technolegau meddygol, ond cydnabu y gallai fod yn anodd cynnwys pobl mewn maes mor gymhleth.¹⁶⁶ Dywedodd Emma Greenwood o Ymchwil Canser y DU fod gan gleifion ddiddordeb mewn cymryd rhan mewn penderfyniadau ynglŷn ag ariannu technolegau a threialon, ond bod diffyg proses glir neu systematig o asesu technolegau meddygol yn ei gwneud yn anodd i nodi'r cam priodol i wneud hynny.¹⁶⁷

145. Clywodd y Pwyllgor dystiolaeth lafar ynglŷn ag arfer da mewn perthynas â chynnwys cleifion yn y gwaith o arfarnu, comisiynu a gwerthuso gwasanaethau. Cyfeiriwyd at grŵp cynnwys cleifion a'r cyhoedd Grŵp Strategaeth Meddyginiaethau Cymru Gyfan, sy'n bwydo gwybodaeth am ddiddordeb cleifion mewn meddyginiaethau newydd i mewn i'w broses arfarnu fel model posibl ar gyfer technolegau meddygol.¹⁶⁸ Hefyd, cyfeiriodd Deborah Evans o Bartneriaeth Academaidd Gorllewin Lloegr at waith sy'n cael ei wneud gan “health integration teams” yn Lloegr i gynnwys safbwyntiau defnyddwyr gwasanaethau, gofawyr a'r cyhoedd wrth gomisiynu gwasanaethau.¹⁶⁹ Esboniodd fod rhai yn:

“teams of researchers working with people who commission services and the providers of services. So, the idea of them working together is that you get more relevant research, because it is informed by perspectives about service provision [...] all of those groups that are supported have a criterion that they must have patient and public involvement at the heart of the group. So, it is not just informed by the researchers and the service providers; the whole thing is informed by the service-user perspective. They also have local authority involvement, so

¹⁶⁵ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Ymateb MT21 Cynghrair Geneteg y DU i'r Ymgynghoriad

¹⁶⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 22], 6 Mawrth 2014

¹⁶⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 24], 6 Mawrth 2014

¹⁶⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 194], 3 Ebrill 2014

¹⁶⁹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 305], 6 Mawrth 2014

that you bridge into the social care and wider aspects. That is a really powerful model.”¹⁷⁰

146. Awgrymodd tystiolaeth a gyflwynwyd gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf, ac a ategwyd gan Gonffederasiwn GIG Cymru, y dylid mabwysiadu’r broses o ddatblygu dyfeisiau a arweinir gan gleifion. Nododd y Bwrdd Iechyd a’r Gonffederasiwn y byddai’n well pe bai dyfeisiau y mae cleifion o’r farn y byddent yn ddefnyddiol iddynt hwy, eu cyflwr neu ansawdd eu bywyd yn cael eu datblygu ar gam “syniadau” yn hytrach na bod “NHS professionals and academics assuming the position on making the decisions and developing devices on their behalf”.¹⁷¹

147. Yn ei thystiolaeth ysgrifenedig nododd Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi “often some of the best ideas and innovations come from the clinicians working closely with their patients and devising a solution with them”.¹⁷² At hynny, nododd yr Athro Colin Gibson, a oedd yn cynrychioli’r Sefydliad Ffiseg a Pheirianeg mewn Meddygaeth, fod ymgysylltu â rhanddeiliaid, gan gynnwys cleifion, yn:

“critical to acceptance and rapid adoption, because, often, the devil is in the detail. Local implementation of new technologies [...] can be hampered, if you like, not because there is not good evidence or there is not an awful lot of will to make these things work, but because the devil is in the detail. Particularly when you have to consider the impact on patients and on patient pathways, it is not just right, but actually much more effective to engage with all stakeholders, particularly the users of technology and patients in particular.”¹⁷³

Barn y Pwyllgor

148. Mae’n amlwg o’r dystiolaeth a gyflwynwyd i’r Pwyllgor fod anwybyddu safbwyntiau cleifion yn y broses o arfarnu a gwerthuso technolegau meddygol yn debygol o arwain at eu methiant. Nododd y Pwyllgor pa mor bwysig oedd derbyniad defnyddwyr o ran mabwysiadu technolegau meddygol a chynorthwyol, a chydabu, mewn llawer

¹⁷⁰ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [paragraffau 305-306], 6 Mawrth 2014

¹⁷¹ Ibid, YmateblION MT1 Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf a MT37 Gonffederasiwn GIG Cymru i’r Ymgynghoriad

¹⁷² Ibid, Ymateb MT10 Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi i’r Ymgynghoriad

¹⁷³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 125], 5 Chwefror 2014

achos, mai claf neu ofalwr yn hytrach na chlinigwr neu ymarferydd fydd y defnyddiwr.

Argymhelliad 11: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol sicrhau bod modelau o gynrychiolaeth cleifion a gofalwyr briodol yn cael eu hystyried a'u rhoi ar waith mewn gwaith ymchwil i dechnolegau meddygol a chynorthwyol a'r gwaith o'u datblygu, eu harfarnu a'u gwerthuso.

6. Rhwystrau ariannol i fabwysiadu

Safbwyntiau byrdymor a hirdymor

149. Clywodd y Pwyllgor gan dystion y gall seilos sefydliadol a chyllidebol (o fewn a rhwng sefydliadau) effeithio ar y broses o gyflwyno triniaethau a thechnegau newydd.¹⁷⁴ Nodwyd hefyd fod safbwynt byrdymor o ran caffael technolegau meddygol – a buddsoddi ynddynt – hefyd yn cael effaith andwyol.¹⁷⁵

150. Dywedodd yr Athro Colin Gibson o'r Sefydliad Ffiseg a Pheirianeg mewn Meddygaeth wrth y Pwyllgor ei fod o'r farn:

“there is a tendency in healthcare to think in terms of silo budgets. So, I may invest in this area, but the financial benefits are seen in another. That in itself is an impediment to that investment because we are all very conscious of the lack of resources available.”¹⁷⁶

151. Ategwyd y farn hon gan Gymdeithas Diwydiannau Gofal Iechyd Prydain, a bwysleisiodd fod angen dileu'r seilos, ond dywedodd fod angen “greater collaboration across all parts of the NHS and across care settings” er mwyn cyflawni hynny.¹⁷⁷ Dywedodd yr Athro Stephen Keevil o'r Sefydliad Ffiseg a Pheirianeg mewn Meddygaeth fod angen cydnabod buddiannau technolegau nad oeddent yn fuddiannau cyllidebol hefyd, megis ansawdd bywyd neu hyd oes cleifion.¹⁷⁸

152. Nododd Charlotte Moar, Cyfarwyddwr Cyllid Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro, er bod buddiannau technolegau newydd yn hysbys iawn, fod yr hinsawdd ariannol sydd ohoni yn golygu ei bod yn anodd blaenoriaethu adnoddau byrddau iechyd i'r cyfeiriad hwnnw.¹⁷⁹ Nododd, er bod ymagwedd buddsoddi i arbed tuag at dechnolegau meddygol yn fuddiol o bosibl, “the reality is that the pressures to

¹⁷⁴ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 147], 5 Chwefror 2014

¹⁷⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 218], 19 Chwefror 2014

¹⁷⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 134], 5 Chwefror 2014

¹⁷⁷ Ibid, Ymateb MT12 Cymdeithas Diwydiannau Gofal Iechyd Prydain i'r Ymgynghoriad

¹⁷⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 135], 5 Chwefror 2014

¹⁷⁹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 7], 18 Medi 2014

invest things into issues that need to be solved now is very great, so there is always a push for the short term rather than the long term”.¹⁸⁰

153. Dywedodd tystion wrth y Pwyllgor y gall fod diffyg cysylltiad rhwng gwariant cyfalaf, er enghraifft prynu peiriant newydd, ac arian refeniw, er enghraifft i dalu am gostau staffio cysylltiedig.¹⁸¹ Dywedodd Cynghrair Geneteg y DU wrth y Pwyllgor y gall hyn effeithio ar ddatblygiad a chynaliadwyedd gwasanaethau.¹⁸² Pwysleisiwyd y pwynt hwn hefyd gan y rhai a oedd yn cynrychioli gofal sylfaenol.¹⁸³

154. Nododd Sally Chisholm o NICE y gall yr angen i wneud arbedion ariannol byrdymor atal y buddiannau y gall buddsoddiadau mewn technolegau meddygol eu cynnig yn y tymor hwy rhag cael eu gwireddu. Dywedodd:

“With regard to cost-effectiveness, for example, or cost-benefit [...], it can often take a long time for those benefits to be realised. In many places, unfortunately, the constraints of finances mean that decisions are made not to adopt technologies that might offer benefits because of the requirement to balance budgets in the short term.”¹⁸⁴

155. Er mwyn mynd i'r afael â'r mater hwn, dywedodd fod angen i'r rhai sy'n gwneud penderfyniadau, wrth wneud penderfyniadau ynglŷn â chomisiynu technolegau, ystyried pwy fydd yn cael budd ac am faint y caiff y dechnoleg ei defnyddio, a mabwysiadu ymagwedd hirdymor tuag at fuddiannau posibl.¹⁸⁵ Dywedodd Mark Roscrow o Bartneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru mai'r her oedd cydnabod y cyfleoedd i wario yn y byrdymor er mwyn sicrhau arbedion yn y tymor hwy, ond “the way that we sometimes do our financial budgeting does not support that kind of thinking”.¹⁸⁶

156. Dywedodd Fiona Jenkins o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro fod systemau ar waith yn ei bwrdd iechyd i wneud penderfyniadau ynglŷn â thechnolegau meddygol, a sicrhau bod y systemau a'r seilwaith priodol ar waith er mwyn helpu i ddefnyddio technolegau.

¹⁸⁰ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 11], 18 Medi 2014

¹⁸¹ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 91], 6 Mawrth 2014

¹⁸² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 133], 6 Mawrth 2014

¹⁸³ Ibid, MT A117 - BMA Cymru, Medi 2014

¹⁸⁴ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 25], 5 Chwefror 2014

¹⁸⁵ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 25], 5 Chwefror 2014

¹⁸⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 218], 19 Chwefror 2014

Dyweddod ei bod yn fwy anodd ymateb i dechnolegau a fyddai'n fuddiol ar draws ardaloedd byrddau iechyd gwahanol am fod byrddau iechyd yn cael eu hariannu ar sail byrddau iechyd unigol.¹⁸⁷

Dulliau arloesol o ariannu gwasanaethau

157. Dywedodd Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi wrth y Pwyllgor fod awdurdodau lleol a byrddau iechyd yn cydweithio ac yn cyfuno cyllidebau ar gyfer gwasanaethau cyfarpar cymunedol yng Nghymru, a oedd yn arwain at well comisiynu, rheoli stoc a mynediad cleifion.¹⁸⁸

158. Argymhellodd adroddiad terfynol y Bwrdd Arferion Gorau ac Arloesi ym maes Iechyd a Lles y dylai Llywodraeth Cymru ystyried:

“the incentives that would explore the potential to implement pathway based resourcing across general NHS budgets, initially tested via a prototype model working with, and advised by, NHS Wales Shared Services Partnership. Incentives that operate across sectoral boundaries – such as formal pooled budget arrangements – also need to be reinforced and encouraged in order to ensure partners make the best use of resources and develop robust and sustainable models of care and support.”¹⁸⁹

159. Dywedodd Dr Susan Peirce, Peiriannydd Clinigol a oedd wedi cael profiad o werthuso a defnyddio technolegau meddygol, wrth y Pwyllgor fod byrddau iechyd yn dod o hyd i ffyrdd arloesol o ariannu technolegau newydd, megis cronfeydd elusennol, gwasanaethau rheoledig a chael gafael ar gyfarpar cyfalaf am ddim drwy wario mwy ar nwyddau traul. Fodd bynnag, yn ei barn hi, nid oedd hyn yn beth dymunol o reidrwydd, gan nad oedd cael gafael ar arian ychwanegol yn mynd i'r afael â phroblem sylfaenol cyllidebu seilo o reidrwydd.¹⁹⁰

160. Dywedodd yr Athro David Cohen, Athro Economeg Iechyd wedi ymddeol o Brifysgol De Cymru, wrth y Pwyllgor fod penderfyniadau yn cael eu gwneud ar sail costeffethiolrwydd ar hyn o bryd, ond bod model newydd o “value-based assessment” yn cael ei ystyried. Mae'r model hwn yn ystyried buddiannau ehangach, megis cael pobl i

¹⁸⁷ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 29], 19 Chwefror 2014

¹⁸⁸ Ibid, Ymateb MT10 Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi i'r Ymgynghoriad

¹⁸⁹ Bwrdd Arferion Gorau ac Arloesi ym maes Iechyd a Lles, [Adroddiad Terfynol](#), Ionawr 2014 [cyrchwyd 7 Tachwedd 2014]

¹⁹⁰ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 147], 5 Chwefror 2014

ddychwelyd i weithio, yn hytrach na'r buddiannau ariannol i'r GIG neu wasanaethau cymdeithasol yn unig.¹⁹¹

161. Dywedodd Mark Roscrow o Bartneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru wrth y Pwyllgor nad oedd clinigwyr bob amser yn ymwybodol o dechnolegau amgen a allai fod yn fwy costeffeithiol na'r rhai a ddefnyddir ar hyn o bryd. Cyfeiriodd at y Gofrestr Genedlaethol ar y Cyd fel enghraifft, y gellid ei defnyddio i helpu llawfeddygon orthopedig i ystyried gwerth am arian yn ogystal ag effeithiolrwydd clinigol wrth wneud penderfyniadau ynglŷn â phengliniau.¹⁹²

162. Dywedodd Alun Tomkinson, llawfeddyg o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro, wrth y Pwyllgor y gallai mwy o ymwneud â'r diwydiant hefyd helpu i fynd i'r afael â rhwystrau, gan y gallai gwell dealltwriaeth ymhlith gweithgynhyrchwyr o fuddiannau clinigol cymharol cynhyrchion gwahanol helpu yn y broses o negodi prisiau am dechnolegau neu gynhyrchion penodol.¹⁹³

163. Awgrymodd yr Athro Lars Sundstrom o Bartneriaeth Iechyd Academaidd De-orllewin Lloegr y gallai pwysau cyllidebol gael eu lliniaru drwy weithio mewn partneriaeth â'r sector preifat, a chyd-greu â busnesau.¹⁹⁴

Cronfa Technolegau Iechyd a Chronfa Technoleg Iechyd a Theleiechyd

164. Dywedodd Fiona Jenkins o Fwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro wrth y Pwyllgor fod ei bwrdd iechyd yn seilio ei benderfyniadau ynglŷn â sut y gallai technolegau wella gofal cleifion, tra'n ystyried sut y gallai technolegau ddatblygu a chael eu defnyddio er budd y boblogaeth. Dywedodd fod y Gronfa Technolegau Iechyd yn cynorthwyo ei bwrdd iechyd yn hyn o beth, gan ddweud:

“We see this is a resource that we can access to help drive forward the use of technology. If the health technology fund was not there, I think that we would struggle to find capital to develop some of the emerging technologies. However, some of the constraints with the health technology fund are that it is just capital and we are still constrained with the resource

¹⁹¹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 207], 5 Chwefror 2014

¹⁹² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 214-6], 19 Chwefror 2014

¹⁹³ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 217], 19 Chwefror 2014

¹⁹⁴ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 314], 6 Mawrth 2014

implications of getting some new technologies in, because it is not just capital.”¹⁹⁵

165. Nododd cynrychiolwyr ymarfer cyffredinol nad oes unrhyw gronfa benodol y gall practisau unigol ei defnyddio i fuddsoddi mewn technolegau; yn hytrach, mae'n rhaid i bractisau fuddsoddi eu harian eu hunain (mewn cyfarpar ac adnoddau staffio) er mwyn defnyddio technoleg. Disgrifiwyd hyn fel “stumbling block” o ran mabwysiadu technolegau ym maes gofal sylfaenol.¹⁹⁶ Nodwyd hefyd fod hynny'n achos dicter o bosibl ymhlith ymarferwyr cyffredinol a all deimlo bod gwasanaethau a oedd yn arfer cael eu darparu gan ofal eilaidd yn cael eu trosglwyddo i ofal sylfaenol heb i'r arian angenrheidiol ddod law yn llaw â'r cyfrifoldeb newydd.¹⁹⁷

166. Pwysleisiodd cynrychiolwyr gofal cymdeithasol ddylanwad cadarnhaol dyraniad penodol o arian ar gyfer technolegau cynorthwyol rai blynyddoedd yn ôl:

“What was useful a few years ago was that the Welsh Government came up with a particular fund for technology and that enabled us to pump prime and test new things out that we had not tried before [...] those sorts of initiatives, if moneys like that become available, really give you an impetus to take a bit more of a risk, possibly, because budgets are so very tight.”¹⁹⁸

167. Nododd y Gweinidog rai o'r prosiectau a oedd yn cael eu cefnogi drwy'r Gronfa Technolegau Iechyd.¹⁹⁹ Croesawodd tystion y gronfa fel cyfle i gael gafael ar arian cyfalaf ar gyfer technolegau newydd, ond mynegwyd pryderon ynglŷn â chynaliadwyedd yr arian, a'r angen i gael mwy o gysondeb rhwng arian cyfalaf ac arian refeniw er mwyn rhoi cyfle i wasanaethau newydd gael eu sefydlu a'u datblygu'n briodol.²⁰⁰ Dywedodd y Gweinidog wrth y Pwyllgor i gronfa olynol, sef y Gronfa Technoleg Iechyd a Theleiechyd gael ei sefydlu yn 2014 er mwyn buddsoddi o leiaf £9.5 miliwn mewn technoleg newydd mewn

¹⁹⁵ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, Cofnod y Trafodion [para 28], 19 Chwefror 2014

¹⁹⁶ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 152], 18 Medi 2014

¹⁹⁷ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 15], 18 Medi 2014

¹⁹⁸ Ibid, Cofnod y Trafodion [para 165], 18 Medi 2014

¹⁹⁹ Ibid, HSC(4)-13-14 Papur 3 Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru, Rhagfyr 2013

²⁰⁰ Ibid, Ymateb MT31 Ymchwil Canser y DU i'r Ymgynghoriad

lleoliadau y tu allan i ysbytai, gyda ffocws ar gefnogi'r defnydd o dechnolegau digidol a theleiechyd a rhoi mwy o gyfle i arloesi.²⁰¹

Deddf Cyllid y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Cymru) 2014

168. Daeth Deddf Cyllid y Gwasanaeth Iechyd Gwladol (Cymru) 2014 i rym yng Nghymru ym mis Ionawr 2014, ac mae'n gosod dyletswydd ariannol gyfreithiol newydd ar fyrdau iechyd i fantoli'r gyllideb dros gyfnod treigl o dair blwyddyn ariannol. Bwriad datganedig y ddeddfwriaeth hon yw galluogi gwell proses o wneud penderfyniadau a'r gallu i weithredu'r atebion gorau mewn byrddau iechyd, a chael gwared ar y cymhelliant i wneud penderfyniadau yn y byrdymor a welwyd o dan yr hen drefn.

169. Dywedodd Mark Roscrow o Bartneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru wrth y Pwyllgor ei fod yn rhagweld y byddai'r newid i gylch cynllunio ariannu o dair blynedd yn helpu yn y broses o gaffael technolegau meddygol, ond na fyddai'n ddigon ynddo'i hun.²⁰²

Barn y Pwyllgor

170. Nododd y Pwyllgor y gall seilos sefydliadol a chyllidebol, ynghyd â safbwynt byrdymor ynglŷn â buddsoddi mewn technolegau meddygol newydd, effeithio ar y gallu i gyflwyno triniaethau a thechnegau newydd. Cydnabu'r Pwyllgor y dystiolaeth a gyflwynwyd ger ei fron ynglŷn â rôl Cronfa Technolegau Iechyd a Chronfa Technolegau Iechyd a Theleiechyd Llywodraeth Cymru o ran hwyluso mynediad at arian cyfalaf ar gyfer technolegau newydd, ond roedd yn achos pryder iddo glywed bod amheuan ynglŷn â chynaliadwyedd ariannu o'r fath. Roedd yn achos pryder hefyd i glywed am y diffyg cysylltiad rhwng arian cyfalaf ac arian refeniw, a'r effaith y gall hyn ei chael ar ddatblygiad a chynaliadwyedd gwasanaethau.

Argymhelliad 12: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol nodi'r camau y bydd yn eu cymryd, a'r amserlenni cysylltiedig, er mwyn sicrhau y gall strwythurau ariannol a phrosesau cyllidebol GIG Cymru gefnogi'r broses o fabwysiadau technolegau meddygol priodol yn effeithiol. Dylai hyn gynnwys cyfeiriad at waith cynllunio yn y tymor hwy a sicrhau perthynas agosach rhwng arian cyfalaf ac arian refeniw.

²⁰¹ Cynulliad Cenedlaethol Cymru, Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, HSC(4)-13-14 Papur 3 Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru, Rhagfyr 2013

²⁰² Ibid, Cofnod y Trafodion [para 220], 19 Chwefror 2014

171. Nododd y Pwyllgor y dystiolaeth a gyflwynwyd iddo ynglŷn â'r buddiannau a allai ddeillio o gydweithredu a threfniadau cyllidebol cyfun.

Argymhelliad 13: Mae'r Pwyllgor yn argymhell y dylai'r Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol weithio gydag awdurdodau lleol a byrddau iechyd i rannu arfer da ac ystyried datblygiad model ariannu sy'n seiliedig ar lwybr y cleifion.

Atodiad A - Tystion

Clywodd y Pwyllgor dystiolaeth lafar gan y tystion a ganlyn ar y dyddiadau a nodir isod. [Gellir gweld trawsgrifiadau o'r holl sesiynau tystiolaeth lafar](#) ar wefan y Pwyllgor.

22 Ionawr 2014

Karen Samuels	Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan
Joanne Ferris	Cymdeithas Brydeinig y Diwydiant Fferyllol
Dr Richard Greville	Cymdeithas Brydeinig y Diwydiant Fferyllol

5 Chwefror 2014

Dr Grace Carolan-Rees	Cedar
Sally Chisholm	Y Sefydliad Cenedlaethol dros Iechyd a Rhagoriaeth Glinigol
Dr Peter Groves	Cardiolegydd Ymgynghorol ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro ac is-Gadeirydd Pwyllgor Cyngori NICE ar Dechnoleg Feddygol
Dr Susan Peirce	Gwyddonydd Clinigol
Yr Athro Colin Gibson	Sefydliad Ffiseg a Pheirianeg mewn Meddygaeth
Yr Athro Stephen Keevil	Sefydliad Ffiseg a Pheirianeg mewn Meddygaeth
Yr Athro David Cohen	Athro wedi ymddeol mewn Economeg Iechyd ym Mhrifysgol De Cymru
Yr Athro Ceri Phillips	Prifysgol Abertawe

19 Chwefror 2014

Pushpinder Mangat	Bwrdd Iechyd Prifysgol Abertawe Bro Morgannwg
Fiona Jenkins	Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro
Dr Geoffrey Carrol	Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru
Dr Phil Webb	Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru
Alun Tomkinson	Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro

Mark Roscrow	Partneriaeth Cydwasanaethau GIG Cymru
Pete Phillips	Labordy Profi Deunyddiau Llawfeddygol

6 Mawrth 2014

Clare Bath	Ymchwil Canser y DU
Emma Greenwood	Ymchwil Canser y DU
Dr Tom Crosby	Canolfan Ganser Felindre a Rhwydwaith Canser De Cymru
Bernadette McCarthy	Canolfan Ganser Felindre
Buddug Cope	Cynghrair Geneteg y DU
Emma Hughes	Cynghrair Geneteg y DU
Hayley Norris	Cynghrair Geneteg y DU
Gwyn Tudor	MediWales
Dr Corinne Squire	Partneriaeth Gwyddoniaeth Iechyd Academaidd De-ddwyrain Cymru
Deborah Evans	Rhwydwaith Gwyddoniaeth Iechyd Academaidd Gorllewin Lloegr
Lars Sundstrom	Rhwydwaith Gwyddoniaeth Iechyd Academaidd Gorllewin Lloegr

20 Mawrth 2014

Dr Richard Clements	Pwyllgor Sefydlog Cymru Coleg Brenhinol y Radiolegwyr
Dr Martin Rolles	Pwyllgor Sefydlog Cymru Coleg Brenhinol y Radiolegwyr
Yr Athro Peter Barrett-Lee	Ymddiriedolaeth GIG Felindre
Dr Alan Rees	Coleg Brenhinol y Ffisigwyr
Jared Torkington	Coleg Brenhinol y Llawfeddygon
Dr Miles Allison	Cymdeithas Gastroenteroleg ac Endoscopi Cymru
Dr Nazia Hussain	Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru

3 Ebrill 2014

Yr Athro Phil Routledge	Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan
-------------------------	---

8 Mai 2014

Yr Athro Huw Griffiths	Pwyllgor Cyngori Gwyddonol Cymru
Yr Athro John Watkins	Pwyllgor Cyngori Gwyddonol Cymru
Mark Drakeford AC	Y Gweinidog Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol
Ifan Evans	Llywodraeth Cymru
Christine Morrell	Prif Gynghorydd Gwyddonol Dros Dro

18 Medi 2014

Dr Anna Kuczynska	Cyfarwyddwr Ardal Meddygon Teulu, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro
Charlotte Moar	Cyfarwyddwr Cyllid, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro
Dr Mark Vaughan	Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru
Dr Nazia Hussain	Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru
Dr Peter Horvath-Howard	Cymdeithas Feddygol Prydain Cymru
Dr Charles Allanby	Cymdeithas Feddygol Prydain Cymru
Sue Evans	Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru
Andrew Bell	Asiantaeth Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol

Atodiad B - Tystiolaeth ysgrifenedig

Darparodd yr unigolion a'r sefydliadau a ganlyn dystiolaeth ysgrifenedig i'r Pwyllgor. Rhwng mis Gorffennaf a mis Hydref 2013. Gellir gweld yr holl [ymatebion i'r ymgynghoriad](#) yn llawn ar wefan y Pwyllgor.

Sefydliad	Cyfeirnod
Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf	MT 1
Coleg y Therapyddion Galwedigaethol	MT 2
Bwrdd Cyngori Cymru Coleg Brenhinol yr Anesthetyddion / NSAG Anaesthesia	MT 3
Coleg Brenhinol y Ffisigwyr (Cymru)	MT 4
Dr Peter Groves, Cardiolegydd Ymgynghorol, Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro	MT 5
Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol	MT 6
Dr P Connor, Hematolegwr Pediatrig Ymgynghorol, Ysbyty Plant Cymru a Dr J Kell, Hematolegwr Ymgynghorol i Oedolion, Cyfarwyddwr Clinigol Hematoleg ac Imiwnoleg Glinigol, Ysbyty Athrofaol Cymru	MT 7
Y Coleg Nyrsio Brenhinol	MT 8
Cymdeithas Coloproctoleg Prydain Fawr ac Iwerddon	MT 9
Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi	MT 10
NICE	MT 11
Cymdeithas Diwydiannau Gofal Iechyd Prydain	MT 12
Pwyllgor Sefydlog Cymru Coleg Brenhinol y Radiolegwyr	MT 13
Academi Colegau Meddygol Brenhinol Cymru	MT 14
Cymdeithas Gastroenteroleg ac Endoscopi Cymru	MT 15
Dr Molly Price-Jones (Tybio Ltd)	MT 16
Labordy Genetig Meddygol Cymru Gyfan	MT 17
Time for Medicine Limited	MT 18
Sefydliad Ffiseg a Pheirianneg mewn Meddygaeth	MT 19

NWSSP Procurement, SMTL, Mr Alun Tomkinson	MT 20
Cynghrair Geneteg y DU	MT 21
Dr Rebecca Dimond	MT 22
Yr Atho Alison Bullock	
Dr Mark Stacey	
MediWales	MT 23
Westgate Cyber Security Ltd	MT 24
Cymdeithas Masnach Wroleg	MT 25
Coloplast	MT 26
Genomic Health	MT 27
BMA Cymru	MT 28
Apos Therapy	MT 29
Tîm PATH (Llwybrau Tuag at Fabwysiadu Technolegau ym Maes Gofal Iechyd)	MT 30
Ymchwil Canser y DU	MT 31
Dr S Peirce	MT 32
Cedar	MT 33
Prostate Cancer UK	MT 34
Iechyd Cyhoeddus Cymru	MT 35
Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru	MT 36
Confederasiwn GIG Cymru	MT 37
Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan	MT 38
Cymdeithas Brydeinig y Diwydiant Fferyllol Cymru	MT 39
Llywodraeth Cymru	MT 40
Grŵp Trawsbleidiol ar Ganser	MT 41
Yr Athro David Cohen	MT 42
Yr Athro Ceri Phillips	MT 43
Partneriaeth Gwyddoniaeth Iechyd Academaidd De- ddwyrain Cymru	MT 44
Rhwydwaith Gwyddoniaeth Iechyd Academaidd Gorllewin Lloegr	MT 45

Yr Athro Carl Heneghan	MT 46
Coleg Brenhinol y Llawfeddygon	MT 47
Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro	MT 48
Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru	MT 49
Confederasiwn GIG Cymru	MT 50
Asiantaeth Gwella Gwasanaethau Cymdeithasol	MT 51
Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru	MT 52
BMA Cymru	MT 53

Cyflwynwyd gwybodaeth ysgrifenedig ychwanegol gan y sefydliadau canlynol

Grŵp Strategaeth Feddyginiaethau Cymru Gyfan	MT A11
Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru	MT A12
Ymchwil Canser y DU	MT A13
Cynghrair Geneteg y DU	MT A14
Rhwydwaith Gwyddoniaeth Iechyd Academaidd Gorllewin Lloegr	MT A15
Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol	MT A16
BMA Cymru	MT A17
Cymdeithas Cyfarwyddwyr Gwasanaethau Cymdeithasol Cymru	MT A18

Ymatebodd y sefydliadau canlynol i ymgynghoriad y Pwyllgor ynglŷn â chwmpas yr ymchwiliad (a gynhaliwyd rhwng mis Awst – mis Hydref 2012)

Sefydliad	Cyfeirnod
Academi Colegau Brenhinol Cymru	MT ToR 1
Phil Fairclough	MT ToR 2
Dr Martyn Read	MT ToR 3
Declan O’Doherty	MT ToR 4
Coleg Brenhinol yr Anesthetyddion	MT ToR 5
Cymdeithas Gastroenteroleg ac Endoscopi Cymru	MT ToR 6
Mr Simon Holt	MT ToR 7
Dr Peter Groves	MT ToR 8
Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru	MT ToR 9
Mr Mark Poulden	MT ToR 10
JDRF - Sefydliad Ymchwil Diabetes yr Ifanc	MT ToR 11
Cymdeithas Brydeinig y Diwydiant Fferyllol yng Nghymru	MT ToR 12
Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi	MT ToR 13
Bwrdd Iechyd Cwm Taf	MT ToR 14
Pwyllgor Gwasanaethau Iechyd Arbenigol Cymru	MT ToR 15
Scope Cymru	MT ToR 16
Sefydliad Ffiseg a Pheirianeg mewn Meddygaeth	MT ToR 17
Cymdeithas a Choleg y Radiograffwyr	MT ToR 18
Cymdeithas Gofal Dwys Cymru	MT ToR 19
Coleg Brenhinol yr Offthalmolegyddion	MT ToR 20
Canolfan Werthuso Cedar	MT ToR 21
Ymchwil Canser y DU	MT ToR 22
Y Gymdeithas Fferyllol Frenhinol	MT ToR 23
BMA Cymru	MT ToR 24
Coleg Brenhinol Seiciatryddion Cymru	MT ToR 25
Rhaglen Gwerthuso Technolegau Meddygol NICE	MT ToR 26

Cymdeithas Masnach Wroleg	MT ToR 27
Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr	MT ToR 28
DTR Medical	MT ToR 29
Andrea Hague (Canolfan Ganser Felindre)	MT ToR 30
Canolfan Agweddau Economaidd a Chymdeithasol ar Genomeg y Cyngor Ymchwil Economaidd a Chymdeithasol	MT ToR 31
Westgate Cyber Security Ltd	MT ToR 32
Cymdeithas Poen Prydain	MT ToR 33
Cymdeithas MS Cymru	MT ToR 34
MediWales	MT ToR 35
Cynghrair Geneteg y DU	MT ToR 36
Alex Powell	MT ToR 37