

Senedd Cymru

Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

# Dyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru

Mawrth 2026



Senedd Cymru yw'r corff sy'n cael ei ethol yn ddemocrataidd i gynrychioli buddiannau Cymru a'i phobl. Mae'r Senedd, fel y'i gelwir, yn deddfu ar gyfer Cymru, yn cytuno ar drethi yng Nghymru, ac yn dwyn Llywodraeth Cymru i gyfrif.

Gallwch weld copi electronig o'r ddogfen hon ar wefan y Senedd:  
**[www.senedd.cymru/Seneddlechyd](http://www.senedd.cymru/Seneddlechyd)**

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

**Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol**  
**Senedd Cymru**  
**Bae Caerdydd**  
**CF99 1SN**

Ffôn: **0300 200 6565**  
E-bost: **[Seneddlechyd@senedd.cymru](mailto:Seneddlechyd@senedd.cymru)**  
X: **@Seneddlechyd**

**© Hawlfraint Comisiwn y Senedd 2026**

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 difrïol. Rhaid cydnabod mai Comisiwn y Senedd sy'n berchen ar hawlfraint y deunydd a rhaid nodi teitl y ddogfen.

# Dyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru

Mawrth 2026



# Am y Pwyllgor

Sefydlwyd y Pwyllgor ar 23 Mehefin 2021. Ceir ei gylch gwaith yn:  
[www.senedd.cymru/Seneddlechyd](http://www.senedd.cymru/Seneddlechyd)

---

## Aelodau cyfredol y Pwyllgor



**Cadeirydd y Pwyllgor:  
Peter Fox AS**  
Ceidwadwyr Cymreig



**Mabon ap Gwynfor AS**  
Plaid Cymru



**James Evans AS**  
Reform UK



**John Griffiths AS**  
Llafur Cymru



**Lesley Griffiths AS**  
Llafur Cymru



**Joyce Watson AS**  
Llafur Cymru

---

Mynychodd yr Aelod a ganlyn fel dirprwy yn ystod yr ymchwiliad hwn.



**Altaf Hussain AS**  
Ceidwadwyr Cymreig

---

Roedd yr Aelodau a ganlyn hefyd yn aelodau o'r Pwyllgor yn ystod yr ymchwiliad hwn.



**Russell George AS**  
Aelod Annibynnol



**Sam Rowlands AS**  
Ceidwadwyr Cymreig

## Cynnwys

<b>Rhagair y Cadeirydd.....</b>	<b>7</b>
<b>Casgliadau ac argymhellion .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Cyflwyniad.....</b>	<b>12</b>
Ein hymchwiliad.....	12
<b>2. Rôl meddygaeth deulu .....</b>	<b>14</b>
Gweledigaeth Llywodraeth Cymru.....	14
Gofal yn nes at y cartref.....	15
Clystyrau gofal sylfaenol .....	18
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru .....	20
Ein barn ni .....	21
<b>3. Cyllid a chontractau .....</b>	<b>24</b>
Lefel y buddsoddiad .....	24
Fformiwla Carr-Hill .....	26
Proses gontract flynyddol .....	30
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru .....	31
Ein barn ni .....	33
<b>4. Y gweithlu a thimau amlddisgyblaethol.....</b>	<b>35</b>
Pwysau recriwtio a chadw.....	35
Defnyddio'r tîm amlddisgyblaethol .....	37
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru .....	42
Ein barn ni .....	44
<b>5. Anghydraddoldebau iechyd a'r ddeddf gofal gwrthgyfartal .</b>	<b>46</b>
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru .....	50

---

Ein barn ni .....	51
<b>6. Y rhyngwyneb rhwng gofal sylfaenol a gofal eilaidd .....</b>	<b>54</b>
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru .....	57
Ein barn ni .....	58
<b>7. Llais y meddyg teulu .....</b>	<b>59</b>
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru .....	61
Ein barn ni .....	62
<b>8. Modelau practisau .....</b>	<b>64</b>
Model contractwr annibynnol .....	64
Practisau a reolir gan fyrddau iechyd .....	65
Practisau meddygon teulu sy'n dosbarthu meddyginiaeth .....	66
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru .....	68
Ein barn ni .....	69
<b>9. Seilwaith a thrawsnewid digidol .....</b>	<b>71</b>
Seilwaith ac ystadau .....	71
Cyflwr yr ystad meddygaeth deulu .....	71
Gwaith tîm amlddisgyblaethol .....	73
Risg ariannol .....	75
Trawsnewid digidol .....	76
Diffyg integreiddio / systemau anghydnaws .....	76
Rhwystrau .....	78
Llythrennedd digidol .....	80
Arweinyddiaeth .....	80
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru .....	81
Ein barn ni .....	82
Ystad meddygaeth deulu .....	82

---

Trawsnewid digidol.....	83
<b>10. Profiad y claf .....</b>	<b>85</b>
Mynediad at feddygaeth deulu .....	85
Canfyddiad y cyhoedd o feddygaeth deulu.....	87
Parhad gofal .....	89
Hyd apwyntiadau .....	90
Sensitifrwydd ieithyddol a diwylliannol.....	92
Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru.....	93
Ein barn ni .....	95
<b>Atodiad 1: Rhestr o sesiynau tystiolaeth lafar.....</b>	<b>98</b>
<b>Atodiad 2: Rhestr o'r dystiolaeth ysgrifenedig.....</b>	<b>100</b>

---



## Rhagair y Cadeirydd

Ni fyddai neb yn dadlau â gweledigaeth Llywodraeth Cymru o ddarparu gofal yn nes at y cartref, ond gweithredu sydd ei angen nawr nid geiriau.

Mae gofal traddodiadol sy'n canolbwyntio ar ysbytai yn mynd yn anghynaliadwy erbyn hyn. Bydd symud y ffocws i ofal ataliol yn helpu i leihau'r baich ar wasanaethau gofal eilaidd a gwella canlyniadau cleifion yn y tymor hir. Fodd bynnag, bydd hyn yn gofyn am newid sylweddol yn y ffordd y mae'r GIG yng Nghymru yn gweithredu, gydag adnoddau'n cael eu symud o ysbytai tuag at ofal sylfaenol ac ataliol.

Er bod y ffocws, yn wleidyddol ac yn y cyfryngau, ar amseroedd aros ac amseroedd ymateb ambiwlansys, y realiti yw, oni bai ein bod yn mynd i'r afael â'r diffyg darpariaeth mewn gofal sylfaenol, fyddwn ni byth yn datrys y problemau mewn gofal eilaidd.

Nid oes amheuaeth bod cyllid ar gyfer gofal eilaidd wedi dod ar draul gofal sylfaenol a chymunedol, ac mae angen mynd i'r afael â'r anghydbwysedd hwn. Mae'r sefyllfa ariannu bresennol mewn gofal sylfaenol yn cael effaith ddifrifol ar gynaliadwyedd meddygaeth deulu.

Mae hefyd yn amlwg bod y fformiwla ar gyfer dyrannu cyllid i feddygaeth deulu wedi dyddio ac wedi'i halinio'n wael ag anghenion gofal iechyd poblogaeth Cymru. Er na fydd newidiadau i'r fformiwla yn mynd i'r afael â'r angen am fwy o fuddsoddiad cyffredinol ar eu pennau eu hunain, mae'n hen bryd mynd ati i adolygu'r fformiwla. Felly, rydym yn croesawu sefydlu gweithgor i edrych ar y fformiwla dyrannu ar gyfer cyllid gwasanaethau meddygol cyffredinol, ac yn pwysu am i'r gwaith hwn ddigwydd yn gyflym.

Dro ar ôl tro, rydym wedi clywed meddygaeth deulu yn cael ei disgrifio fel conglfaen y GIG. Felly, rhaid i ni sicrhau ei bod yn derbyn y buddsoddiad a'r cymorth sydd eu hangen arni i gyflawni ei rôl hanfodol.



**Peter Fox AS**

Cadeirydd, y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol

## Casgliadau ac argymhellion

**Casgliad 1.** Fel congifaen y GIG, mae meddygaeth deulu yn chwarae rôl hanfodol yn y gofal a roddir i gleifion a dyfodol darpariaeth gofal iechyd. Bydd meddygaeth deulu yn allweddol wrth gyflawni'r agenda atal a gofal yn nes at y cartref, ac felly mae angen iddi gael yr adnoddau priodol i wneud hynny..... Tudalen 22

**Casgliad 2.** O ystyried y cyfraniad hanfodol y mae meddygaeth deulu yn ei wneud i ofal cleifion, a'i phwysigrwydd i'r cyhoedd, credwn y dylai Llywodraeth newydd Cymru ymrwmo i gynnal dadl flynyddol yn y Senedd ar ddatblygiadau ym maes gofal sylfaenol er mwyn rhoi cyfle i Aelodau'r Senedd graffu ar gynnydd yn y maes hwn..... Tudalen 22

**Casgliad 3.** Bydd angen sicrhau bod yr agenda 'symud i'r chwith' - symud gweithgaredd allan o'r ysbyty ac i mewn i'r gymuned - yn cael yr adnoddau priodol. Bydd hyn yn gofyn am ymrwymiad ariannol difrifol a pharhaus gan Lywodraeth newydd Cymru a bydd angen iddo gynnwys cyfnod o 'gyllido dwbl' i sicrhau pontio llyfn a diogel..... Tudalen 22

**Casgliad 4.** Rydym yn cydnabod y gall unrhyw newidiadau i'r ffordd y caiff gwasanaethau eu darparu beri pryder i bobl, ac mae hyn hyd yn oed yn fwy gwir pan fydd y gwasanaethau hynny'n ymwneud â'u hiechyd. Felly, mae'n hanfodol bod y cyhoedd yn ymwneud yn llawn â'r pontio i ofal sy'n cael ei ddarparu yn nes at y cartref; eu bod yn deall yn llawn pa newidiadau sy'n cael eu gwneud, pam eu bod yn cael eu gwneud a'r manteision posibl sydd ynghlwm wrthynt..... Tudalen 23

**Casgliad 5.** Mae prosiectau peilot yn chwarae rôl bwysig wrth ddatblygu dulliau arloesol ac ysgogi'r gwaith o drawsnewid gwasanaethau. Fodd bynnag, mae heriau yn cael eu creu yn sgil y diffyg cyllid cynaliadwy sy'n cyd-fynd â nhw'n gyffredinol, a gall hyn fod yn rhwystredig, yn enwedig lle profir bod prosiectau peilot yn llwyddiannus. Credwn y dylai pob prosiect peilot, o'r cychwyn cyntaf, gael ei ategu gan gynllun gweithredu cadarn sy'n nodi sut y bydd y prosiect llwyddiannus yn parhau i gael ei ariannu os bydd y peilot yn llwyddiannus.  
..... Tudalen 23

**Casgliad 6.** Credwn nad yw'r fformiwla ar gyfer dyrannu cyllid i feddygaeth deulu (fformiwla Carr-Hill) yn addas i'r diben ac y dylai gael ei hadolygu. Mae risg y bydd fformiwla dyrannu sydd wedi dyddio yn gwaethygu anghydraddoldebau o ran mynediad at feddygaeth deulu ac yn tanseilio cynaliadwyedd gwasanaethau. Rydym yn croesawu'r gweithgor sydd wedi'i sefydlu gan Lywodraeth Cymru i fwrw

ymlaen â hyn, ac yn rhagweld y bydd ein pwyllgor olynol yn disgwyl gweld cynigion clir ar gyfer diwygio yn deillio o'i waith. .... Tudalen 34

**Argymhelliad 1.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru sicrhau bod pob prosiect peilot gofal sylfaenol yn cael ei ategu gan gynllun gweithredu cadarn sy'n nodi sut y bydd y prosiect llwyddiannus yn parhau i gael ei gyflawni a'i ariannu, unwaith y bydd cyfnod cychwynol y prosiect peilot a'r cyllid wedi dod i ben..... Tudalen 23

**Argymhelliad 2.** O fewn 100 diwrnod ar ôl dod i rym, dylai Llywodraeth newydd Cymru ysgrifennu at ein pwyllgor olynol yn nodi ei chynlluniau ar gyfer ailbroffilio gwariant ac adnoddau rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd, a'r amserlenni ar gyfer gwneud hynny. .... Tudalen 33

**Argymhelliad 3.** O fewn 100 diwrnod ar ôl dod i rym, dylai Llywodraeth Cymru ysgrifennu at ein pwyllgor olynol i gadarnhau ei hymrwymiad i adolygu'r fformiwla dyrannu swm craidd a'r amserlenni ar gyfer hyn..... Tudalen 34

**Argymhelliad 4.** Dylai Llywodraeth Cymru archwilio ymhellach opsiynau ar gyfer symud i drefniant ariannu amflwyddyn ar gyfer meddygaeth deulu..... Tudalen 34

**Argymhelliad 5.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru ddatblygu cynllun gweithlu ar gyfer meddygaeth deulu i sicrhau bod cyflenwad digonol o feddygon teulu newydd a chlinigwyr eraill i ateb y galw yn y dyfodol. Dylai'r cynllun hwn fod yn rhan o ddull ehangach, cydgysylltiedig o ystyried y gweithlu ehangach ar draws GIG Cymru, a chefnogi'r agenda drawsnewid o symud gofal yn nes at y cartref. .... Tudalen 44

**Argymhelliad 6.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru ddatblygu strategaeth genedlaethol i ymwreiddio gwaith tîm amlddisgyblaethol effeithiol ym maes gofal sylfaenol ledled Cymru. Dylai hyn gynnwys modelau gwasanaeth safonol, cyllid cynaliadwy, llwybrau atgyfeirio clir, a buddsoddiad yn y seilwaith ffisegol a digidol..... Tudalen 45

**Argymhelliad 7.** Dylai Llywodraeth Cymru, ar y cyd â byrddau iechyd a phractisau meddygon teulu, ddatblygu ymgyrch ymwybyddiaeth y cyhoedd i:

- hyrwyddo gwell dealltwriaeth o rôl y tîm amlddisgyblaethol a'i fanteision ehangach i iechyd a phrofiad cleifion.
- hyrwyddo rôl staff desg flaen practisau cyffredinol wrth frysbenno cleifion i sicrhau eu bod yn gweld yr ymarferydd mwyaf priodol. .... Tudalen 45

**Argymhelliad 8.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru gadarnhau ei safbwynt o ran rhaglen Cenedl Marmot a mabwysiadu wyth egwyddor Marmot yn gyson ar draws pob adran. Dylai hyn gynnwys manylion am:

- Sut mae'n bwriadu parhau â'r gwaith yn y maes hwn;
- Llinellau cyfrifoldeb am gyflawni camau tegwch iechyd ar lefelau cenedlaethol, rhanbarthol a lleol;
- Trefniadau monitro, gan gynnwys adrodd ar gynnydd a chanlyniadau i'r cyhoedd. .... Tudalen 52

**Argymhelliad 9.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru edrych ar ffyrdd o gymell meddygon teulu i ymgymryd â chyfleoedd mewn cymunedau mwy difreintiedig neu gymunedau sy'n cael eu tanwasanaethu. Dylai hyn gynnwys ystyried y posibilrwydd o ehangu cynlluniau cymhelliant sy'n bodoli eisoes, megis y taliad premiwm partneriaeth..... Tudalen 52

**Argymhelliad 10.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru ei gwneud yn ofynnol i fyrdau iechyd sefydlu mecanweithiau ffurfiol i gryfhau perthnasoedd a chyd-ddealltwriaeth rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd. Gallai hyn gynnwys fforymau clinigol ar y cyd rheolaidd, cyfleoedd i rannu hyfforddiant, a phrosesau cytunedig ar gyfer datrys problemau ar y rhyngwyneb..... Tudalen 58

**Argymhelliad 11.** Dylai Llywodraeth Cymru fandadu datblygu cytundebau ffurfiol rhwng gofal eilaidd a gofal sylfaenol ar gyfer unrhyw wasanaethau a drosglwyddir allan o ysbytai. Dylai'r rhain wneud y canlynol:

- diffinio cyfrifoldebau timau ysbytai a phracticisau meddygon teulu;
- sicrhau bod cyllid a staffio yn "dilyn y claf" i ofal sylfaenol ar gyfer pob gwasanaeth a drosglwyddir;
- cynnwys trefniadau llywodraethu clinigol clir, gan gynnwys atebolrwydd am uwchgyfeirio a risg glinigol. .... Tudalen 58

**Argymhelliad 12.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru hyrwyddo'n gryf yr angen i bob bwrdd iechyd gynnwys uwch arweinydd penodedig ar gyfer gofal sylfaenol yn ei dîm gweithredol..... Tudalen 63

**Argymhelliad 13.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru gomisiynu gwerthusiad annibynnol o bracticisau a reolir gan fyrdau iechyd i asesu eu cost, eu hansawdd, profiad cleifion, a chanlyniadau parhad o gymharu â phracticisau contractwyr

---

annibynnol. Dylai'r gwaith hwn gynnwys ystyried enghreifftiau o arferion gorau i'w rhannu ledled Cymru.....Tudalen 70

**Argymhelliad 14.** O fewn 100 diwrnod ar ôl dod i rym, dylai Llywodraeth newydd Cymru ysgrifennu at ein pwyllgor olynol i gadarnhau ei hymrwymiad i barhau â'r gwaith i adolygu trefniadau ar gyfer meddygon dosbarthu a'r amserlenni ar gyfer hyn.....Tudalen 70

**Argymhelliad 15.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru gomisiynu adolygiad cynhwysfawr o'r ystad meddygaeth deulu. Dylai'r gwaith hwn gefnogi'r agenda drawsnewid tymor hwy o symud gweithgarwch allan o ofal eilaidd ac i mewn i'r gymuned, a dylai gyfrannu at sicrhau bod yr ystad gofal sylfaenol yn gwbl barod ar gyfer hyn.....Tudalen 83

**Argymhelliad 16.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru ddatblygu amserlen glir a fframwaith atebolrwydd ar gyfer cyflawni gwelliannau digidol a rhyngweithredadwyedd ar draws GIG Cymru, gan gynnwys meddygaeth deulu, gofal eilaidd a gwasanaethau cymunedol.....Tudalen 84

**Argymhelliad 17.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru adolygu gofynion gweinyddol a rheoleiddiol sydd wedi dyddio sy'n rhwystro trawsnewid digidol (megis yr angen am 'lofnodion gwlyb') gyda'r bwriad o symleiddio, safoni a moderneiddio'r prosesau hyn ledled GIG Cymru.....Tudalen 84

**Argymhelliad 18.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru nodi sut mae'n bwriadu cryfhau'r safonau mynediad presennol i feddygon teulu a chyhoeddi cynllun clir ar gyfer sicrhau bod pob practis yn eu bodloni. Dylai hyn gynnwys mesurau i gefnogi mynediad cyfartal i bobl nad ydynt yn gallu defnyddio systemau digidol ac i leihau'r ddibyniaeth ar ffenestri cyfyngedig ar gyfer trefnu apwyntiadau fel yr '8am scramble' fel y'i gelwir yn Saesneg.....Tudalen 96

## 1. Cyflwyniad

- 1.** Mae meddygaeth deulu, sydd wedi'i disgrifio fel 'conglfaen' y GIG, yn ymdrin â nifer sylweddol uwch o gleifion nag unrhyw sector arall. Mae tua 90% o'r holl gysylltiadau yn y GIG yng Nghymru yn digwydd ym maes gofal sylfaenol, a meddygaeth deulu sy'n cyfrif am y rhan fwyaf o'r gweithgarwch hwnnw. Yn ystod y flwyddyn ddiwethaf, ymdrinodd meddygon teulu â 29 miliwn o alwadau a 18 miliwn o bresenoldebau ar gyfer poblogaeth o 3.3 miliwn.
- 2.** Mae meddygaeth deulu, sy'n cael ei chydabod yn eang fel rhan gwerth uchel o'r GIG, yn ymdrin â'r mwyafrif o'r cysylltiadau â chleifion ac yn gweithredu â chyfran lai o gyllideb gyffredinol y GIG. Gydag adnoddau priodol, mae ganddi'r potensial i ymgymryd â chyfran fwy o'r llwyth gwaith y mae gofal eilaidd yn ymdrin ag ef ar hyn o bryd. Fodd bynnag, byddai hyn yn gofyn am newid seismig yn y ffordd y mae cyllid y GIG yn cael ei ddyrannu.
- 3.** Yn anffodus, mae'r dystiolaeth a gyflwynwyd i'n hymchwiliad yn paentio darlun o ddirywiad, gyda thanfuddsoddi cronig mewn meddygaeth deulu, nifer cynyddol o bractisau yn cau, a gweithlu dan warchae. Clywsom bryderon sylweddol ynghylch cynaliadwyedd gwasanaethau a gallu practisau cyffredinol i ddarparu gofal diogel o ansawdd.

### Ein hymchwiliad

- 4.** Gofal sylfaenol yw'r pwynt cyswllt cyntaf ar gyfer gofal iechyd i'r rhan fwyaf o bobl, ac mae'n cynnig gwasanaethau cynhwysfawr, wedi'u lleoli yn y gymuned. Fel 'drws ffrynt' y GIG, mae gofal sylfaenol yn ymdrin â'r rhan fwyaf o faterion iechyd cyn unrhyw atgyfeiriad at ofal eilaidd. Mae gofal sylfaenol yn cynnwys meddygaeth deulu, fferylliaeth gymunedol, gwasanaethau deintyddol a gwasanaethau optometreg. Fodd bynnag, o ganlyniad i bryderon a godwyd gan nifer o Aelodau'r Senedd ynghylch hygyrchedd ac ansawdd meddygaeth deulu a'i chynaliadwyedd yn y dyfodol, rydym wedi dewis canolbwyntio ein hymchwiliad ar ddyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru.
- 5.** Cynhaliwyd galwad gyhoeddus, agored am dystiolaeth ysgrifenedig o 14 Ionawr 2025 i 28 Mawrth 2025. Derbyniwyd 61 o ymatebion ysgrifenedig<sup>1</sup>. Gwnaethom hefyd gynnal digwyddiadau bord gron anffurfiol i archwilio rhai o'r

---

<sup>1</sup> Ymchwiliad i ddyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru: [ymatebion i'r ymgynghoriad](#)

---

heriau allweddol sy'n wynebu meddygaeth deulu a chyfleoedd i wella gyda meddygon teulu a staff practisau.

**6.** Ochr yn ochr â hyn, cynhaliodd Tîm Ymgysylltu â Dinasyddion y Senedd gyfres o grwpiau ffocws wyneb yn wyneb ac ar-lein, yn ogystal â nifer o gyfweiliadau unigol, gyda meddygon teulu, aelodau o'r gweithlu practisau cyffredinol, a defnyddwyr gwasanaethau.<sup>2</sup>

**7.** Hoffem ddiolch i bawb a gyfrannodd at ein hymchwiliad.

---

<sup>2</sup> Ymchwiliad i ddyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru: [canfyddiadau'r gwaith ymgysylltu](#) ac [astudiaethau achos](#)

---

## 2. Rôl meddygaeth deulu

### Gweledigaeth Llywodraeth Cymru

- 8.** Mae gofal sylfaenol o fewn GIG Cymru yn cael ei arwain gan gynllun 2018 Llywodraeth Cymru, Cymru Iachach<sup>3</sup>, sy'n nodi dull system gyfan sy'n canolbwyntio ar integreiddio, atal, a darparu gofal yn nes at y cartref. Nod Model Gofal Sylfaenol Cymru<sup>4</sup> yw gwireddu'r weledigaeth hon drwy hyrwyddo timau amlbroffesiynol yn seiliedig ar le sy'n darparu gofal cydgysylltiedig wedi'i deilwra i anghenion y boblogaeth leol.
- 9.** Caiff y gwaith ei oruchwylio gan y Rhaglen Strategol ar gyfer Gofal Sylfaenol, sef menter genedlaethol a arweinir gan fyrddau iechyd sy'n gweithio gyda Llywodraeth Cymru. Mae'r rhaglen yn cynnwys chwe ffrwd waith ac mae'n anelu at gydgrynhoi strategaethau blaenorol, meithrin cydweithio ar draws y meysydd iechyd a gofal cymdeithasol, a datblygu gweithgarwch arloesi lleol llwyddiannus i'w gyflwyno'n genedlaethol.
- 10.** Fodd bynnag, er bod y fframweithiau hyn yn nodi gweledigaeth uchelgeisiol ar gyfer gofal integredig sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn a ddarperir yn nes at y cartref, ychydig iawn o eglurder a geir ynghylch rôl benodol meddygaeth deulu o fewn y weledigaeth honno. Mae meddygaeth deulu yn cael ei chydabod fel rhan o'r system ehangach, ond, yn aml, awgrym o'i harwyddocâd strategol a'i chyfeiriad yn y dyfodol a geir yn hytrach na diffiniad penodol.

- 11.** Dywedodd un rhanddeiliad wrthym:

*"The way in which general practice is guided/managed at a governmental or LHB level is not sensitive to the needs of the population or to the staff delivering that care. There is no effective leadership for primary care in Wales at all, and organisations tend to blame each other."*<sup>5</sup>

- 12.** Dywedodd John Williams, Rheolwr Practis o Wrecsam:

*"General practice doesn't seem to be seen, particularly within health boards, as a possible solution to other problems it's*

---

<sup>3</sup> Cymru Iachach: ein Cynllun Iechyd a Gofal Cymdeithasol

<sup>4</sup> Model Gofal Sylfaenol i Gymru

<sup>5</sup> GP59 Unigolyn 08

*facing. Partly, that might be because the narrative, as I understand it, could be confusing. So, on one side, GP practices are saying, 'We're struggling', but we have huge expertise that could be harnessed, and I think possibly because of that narrative that we're struggling, we're not often seen as a potential partner, whereas we could, with proper consideration, resourcing and a contract that enables that."*<sup>6</sup>

## Gofal yn nes at y cartref

### 13. Yn ôl Iechyd Cyhoeddus Cymru:

*"Wales is experiencing rising healthcare demand driven by chronic illnesses and an aging population. Traditional hospital-centric care is becoming unsustainable, highlighting an urgent need for care that is community-based and proactive."*<sup>7</sup>

**14.** Mae Llywodraeth Cymru yn dweud ei bod wedi ymrwymo i'r dull a nodir yn Cymru Iachach<sup>8</sup>, sy'n rhagweld gofal yn nes at y cartref. Bydd hyn yn gofyn am symud adnoddau o ysbytai tuag at ofal sylfaenol ac ataliol (a elwir hefyd yn "symud i'r chwith").

*"Mae darparu gofal yn agosach at gartrefi pobl yn fwy na dyhead - mae'n ymrwymiad craidd ar gyfer y dyfodol. Y nod yw symud oddi wrth ofal adweithiol, sy'n ymateb i symptomau ac yn eu rheoli, at ofal rhagweithiol, integredig sy'n canolbwyntio ar y person, gan roi pwyslais ar atal a thegwch. Rhaid mynd i'r afael â rhwystrau rhwng gwasanaethau a sectorau i alluogi gofal di-dor, a bydd llwyddiant yn cael ei fesur ar sail canlyniadau iechyd, tegwch a boddhad cleifion."*<sup>9</sup>

**15.** Cafodd gweledigaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer gofal yn nes at y cartref gefnogaeth eang. Dywedodd Grŵp Cyfranogiad Cleifion Canolfan Feddygol Gogledd Caerdydd fod angen dull mwy ataliol o ofal er mwyn sicrhau bod meddygaeth deulu yn parhau i fod yn addas i'r dyfodol:

---

<sup>6</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 14

<sup>7</sup> [Iechyd Cyhoeddus Cymru, Care Delivered Closer to Home: A Public Health Approach in Primary and Community Care by 2035](#)

<sup>8</sup> [Cymru Iachach: ein Cynllun Iechyd a Gofal Cymdeithasol](#)

<sup>9</sup> Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, 12 Tachwedd 2025, Papur 1

*“This would involve not only addressing the current pressures on services but also ensuring that healthcare resources are directed towards early intervention and disease prevention. Shifting the focus to preventative care would help reduce the burden on primary care services and improve patient outcomes in the long term.”<sup>10</sup>*

**16.** Fodd bynnag, er eu bod yn cefnogi'r weledigaeth, roedd rhanddeiliaid yn cwestiynu cyflymder a graddfa'r gwaith o drawsnewid y system. Nododd tystiolaeth gan BMA Cymru:

*“Despite the rhetoric and stated aims of the Welsh Government's A Healthier Wales calling for a “shift in resources to the community” to redress the health system's reliance on traditional hospital services, the proportion of NHS funding provided to general practice has continually declined over the past 20 years.”<sup>11</sup>*

**17.** Yn yr un modd, dywedodd Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru fod llawer o naratif Llywodraeth Cymru wedi canolbwyntio ar symud adnoddau tuag at ofal sylfaenol ac ataliol. Fodd bynnag, yn ôl y Coleg, ymddengys fod anghydraddoldeb rhwng yr hyn sydd wedi'i ysgrifennu a'r hyn sy'n digwydd o ran cyllid.<sup>12</sup>

**18.** Awgrymodd fod y pwysau ar y sector aciwt yn parhau i gael sylw ac adnoddau, am y rheswm hwnnw.

*“A queue of ambulances waiting outside a hospital or a publication of eye-wateringly high waiting list numbers are always more likely to drive headlines and thus the political agenda.”<sup>13</sup>*

**19.** Siaradodd rhanddeiliaid am yr angen i ailgydbwysu buddsoddiad yn strategol tuag at atal a gofal cymunedol. Nododd tystiolaeth gan Gonffederasiwn GIG Cymru fod y sefyllfa ariannu bresennol ar gyfer gofal sylfaenol yn cael effaith

---

<sup>10</sup> GP31 Grŵp Cyfranogiad Cleifion Canolfan Feddygol Gogledd Caerdydd

<sup>11</sup> GP34 BMA Cymru

<sup>12</sup> GP38 Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru

<sup>13</sup> GP38 Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru

ddifrifol ar gynaliadwyedd meddygaeth deulu, gyda nifer o bractisau yn ei chael hi'n anodd darparu gofal cymunedol digonol. Dywedodd:

*"The sector lacks the necessary resources to fully transition to a primary care-focused health system within the current contractual framework. Any significant shift of services to primary care must be accompanied by commensurate resource allocation."*<sup>14</sup>

**20.** Awgrymodd Rhwydwaith Nyrsys Arweiniol Gofal Sylfaenol Cymru Gyfan nad oedd y contract Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol presennol yn cyd-fynd â gofynion gofal iechyd modern mwyach a'i fod yn llesteirio'r agenda 'symud i'r chwith'. Dywedodd fod trawsnewidiad cynhwysfawr yn hanfodol.<sup>15</sup>

**21.** Dywedodd Nia Boughton, RCN Cymru wrthym:

*"So, it is quite a substantial investment that's required, and often when we talk about 'shift left' and we talk about moving services out of secondary into primary care, there is a perception that you can just switch off the funding stream in secondary care, redivert that money into primary care and then that service will pop up in primary care and everything will be fine, but it isn't as simple as that. You need to have two funding streams to allow that model to be established."*<sup>16</sup>

**22.** Yn ôl Nicholas Prigg, partner mewn practis cyffredinol ger Wrecsam, os yw Llywodraeth Cymru eisiau symud gofal yn nes at gartrefi pobl, mae angen iddynt ddarparu'r cyfleusterau i alluogi hyn:

*"Shifting care out of the hospital is going to mean we need more GPs, nurses etc in the community - they need accommodating. Facilities need to be fit for purpose (some are, some aren't). There needs to be a recognition that requirements in the community will grow as more 'left shift' occurs - so any new build/re-development requires room to grow/future proof."*<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> GP32 Conffederasiwn GIG Cymru

<sup>15</sup> GP17 Rhwydwaith Nyrsys Arweiniol Gofal Sylfaenol Cymru Gyfan

<sup>16</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 122

<sup>17</sup> GP11 Nicholas Prigg

**23.** Er bod gweithwyr gofal sylfaenol proffesiynol o'r farn y gallant chwarae rôl fwy wrth ddarparu gofal mewn lleoliadau cymunedol, maent yn wynebu rhwystrau fel tanfuddsoddiad mewn hyfforddiant a chyfleoedd cyflogaeth cyfyngedig.

**24.** Cododd Ffederasiwn Proffesiynau Perthynol i Iechyd Cymru bryderon ynghylch diffyg cynllun gweithlu hirdymor a dywedodd fod llwybrau cyfyngedig i'r proffesiynau yn effeithio ar gyfraniad llawn gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd i'r model gofal sylfaenol.<sup>18</sup>

**25.** Tynnodd tystiolaeth gan Goleg Nyrsio Brenhinol Cymru sylw at y diffyg lleoliadau mewn meddygfeydd teulu ar gyfer myfyrwyr nyrsio mewn gofal sylfaenol:

*"One reason for this is because GPs require payment for allowing a nursing student to have an education placement at the surgery. This is not equitable when other parts of the NHS and independent health and social care do not receive a payment for placements."<sup>19</sup>*

## Clystyrau gofal sylfaenol

**26.** Mae clystyrau gofal sylfaenol wedi bod yn rhan greiddiol o bolisi iechyd Cymru ers cyhoeddi *Gosod y Cyfeiriad*<sup>20</sup>, sef rhaglen strategol Llywodraeth Cymru ar gyfer darparu gwasanaethau sylfaenol a chymunedol yn 2010, a gyflwynodd rwydweithiau daearyddol i gydgyssylltu gofal yn nes at y cartref. Mae pob clwstwr yn gwasanaethu 25,000–100,000 o bobl ac yn dwyn amrywiaeth o weithwyr proffesiynol ynghyd i gynllunio a darparu gwasanaethau ar y cyd. Mae'r Rhaglen Strategol ar gyfer Gofal Sylfaenol<sup>21</sup>, a sefydlwyd yn 2018, yn anelu at gyflymu datblygiad clystyrau.

**27.** Er gwaethaf eu rôl ganolog, mae rhanddeiliaid wedi codi pryderon am glystyrau gofal, yn enwedig o ran perfformiad anghyson, atebolrwydd aneglur, ac ymreolaeth gyfyngedig. Mae adolygiadau gan Gomisiwn Bevan a Choleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol<sup>22</sup> a Phwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a

---

<sup>18</sup> GP43 [Ffederasiwn Proffesiynau Perthynol i Iechyd Cymru](#)

<sup>19</sup> GP15 [Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru](#)

<sup>20</sup> [Gosod y Cyfeiriad Gwasanaethau Cychwynnol a Chymuned - Rhaglen Strategol ar Gyfer Cyflenwi](#)

<sup>21</sup> [Rhaglen Strategol ar gyfer Gofal Sylfaenol](#)

<sup>22</sup> [Delivering a Prudent Approach to Primary Care in Wales](#), Gorffennaf 2020

Chwaraeon y Bumed Senedd<sup>23</sup> wedi galw am drefniadau llywodraethu cryfach, mwy o dryloywder, a chanllawiau cliriach ar arferion gorau.

**28.** Dywedodd Dr Ian Harris, meddyg teulu ym Mhen-y-bont ar Ogwr a Dirprwy Gadeirydd Pwyllgor Meddygon Teulu Cymru, a roddodd dystiolaeth i ymchwiliad y Bumed Senedd, wrthym nad oedd wedi gweld unrhyw welliannau ers yr ymchwiliad hwnnw:

*"[...] if anything, the processes of trying to release funding for initiatives are even more clogged than they were back in the day, and what we're seeing is there's probably more health board interference in that. It feels to me that the cluster project is completely encased in concrete at the minute and going nowhere. And unless that changes and unless the thinking process and the freedom to innovate and to mainstream successful things are enabled very quickly, I think we're almost at a point where the enthusiasm for engaging with clusters is gone."*<sup>24</sup>

**29.** Adroddodd Ffederasiwn Proffesiynau Perthynol i Iechyd Cymru fod rhywfaint o gynnydd wedi bod o ran mwy o arweinyddiaeth a sicrhau bod proffesiynau perthynol i iechyd yn cael eu cynrychioli ar grwpiau clwstwr, ond dywedodd fod hyn yn parhau i fod yn gymhleth oherwydd y nifer fawr o grwpiau clwstwr a chymhlethdod y grwpiau hynny.<sup>25</sup>

**30.** Nid oedd hyn yn wir am bob proffesiwn. Dywedodd Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru wrthym:

*"Registered nurses, both those employed in GP practices and indeed those in community nursing services, need to be included in strategic planning undertaken by primary care clusters. To ensure that this is the case, it should be required that there is a registered nurse on every cluster board."*<sup>26</sup>

**31.** Clywsom bryderon hefyd gan nifer o randdeiliaid ynghylch cyllid tymor byr y clystyrau. Dywedodd Calum Higgins, Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi, wrthym:

---

<sup>23</sup> [Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon, Ymchwiliad i Ofal Sylfaenol: Clystyrau, Hydref 2017](#)

<sup>24</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 77

<sup>25</sup> GP43 Ffederasiwn Proffesiynau Perthynol i Iechyd Cymru

<sup>26</sup> GP15 Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru

*“What we’ve found with funding is that transformation funding has been made available, there have been great pilot projects that have gone forward, and then once that funding comes to an end (...) there’s then an argument between health boards and GP clusters as to who carries on that work, because it’s been temporary funding.”<sup>27</sup>*

**32.** Yn yr un modd, soniodd Dr Tom Kneale, meddyg teulu yn Rhuthun, am yr anhawster o gael cyllid ymlaen llaw ar gyfer prosiectau clwstwr llwyddiannus:

*“So, your concept is to provide funding for us to create innovative projects and then to get forward funding after that, but what we find is that the forward funding just isn’t forthcoming. We’ve got data and evidence for really good cluster projects, for example, care home advanced nurse practitioners, and we just can’t get the forward funding.”<sup>28</sup>*

## **Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru**

**33.** Mae Llywodraeth Cymru yn dweud ei bod “yn benderfynol o ailgyfeirio gwasanaethau oddi wrth ofal eilaidd a rhoi rhaglen drawsnewid fawr ar waith sy’n canolbwyntio ar atal, cymorth, a dull gweithredu yn y gymuned o’r cychwyn”. Ymhellach, mae’n dweud:

*“Ar ôl esblygu’n brif bwynt mynediad ar gyfer gofal y GIG, darparu’r nifer uchaf o gysylltiadau cleifion, ac addasu i anghenion newidiol ein cymunedau, mae gwasanaethau meddygol cyffredinol bellach yn barod i chwarae rhan ganolog mewn cyfnod newydd o drawsnewid.”<sup>29</sup>*

**34.** Dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet wrthym:

*“So, the current system that we operate can best be summarised by the term ‘hospital by default’, effectively. So, we provide care in the most expensive and least convenient, from a patient part of view, part of our health system. So, the policy consensus has been for a long time—not just in Wales, but practically everywhere—that what we need to do is make sure*

---

<sup>27</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 30

<sup>28</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 75

<sup>29</sup> Y Pwyllgor Iechyd a Gofal Cymdeithasol, 12 Tachwedd 2025, Papur 1

*that services are more readily available in primary care settings and in community settings as well. So, the direction of travel is obviously very clear.*<sup>30</sup>

**35.** Dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet mai un o'r mecanweithiau ar gyfer symud mwy o wasanaethau allan o ofal eilaidd i ofal sylfaenol a lleoliadau cymunedol oedd y 'CDSS' (gwasanaeth atodol cydweithredol o dan gyfarwyddyd), a fydd yn ei gwneud yn ofynnol i fyrddau iechyd gomisiynu gwasanaethau o glystyrau gofal sylfaenol, gan symud gweithgaredd a chyllid allan o ysbytai a chryfhau gwydnwch. Cadarnhaodd y byddai cyllid yn dilyn gweithgaredd wrth i wasanaethau symud o ofal eilaidd i ofal sylfaenol, ond y byddai'r newid yn gofyn am gyfnod o gyllido dwbl, gan greu pwysau ar y gyllideb. Byddai cymorth ar gyfer hyn yn dod drwy gyllid gwasanaethau meddygol cyffredinol, comisiynu ar lefel clwstwr o dan y CDSS, a mesurau fel taliadau prydles a grantiau gwella.

*"One of the practical challenges that we will face is, unsurprisingly, it's not possible simply to turn off activity in secondary overnight and for it to appear the next morning in primary care, obviously."*<sup>31</sup>

## Ein barn ni

**36.** Mae'n wir, meddygaeth deulu yw conglfaen y GIG a'r pwynt cyswllt cyntaf ar gyfer gofal iechyd i'r rhan fwyaf o bobl. Felly, mae'n amlwg na all y model darparu presennol, sy'n canolbwyntio ar ofal eilaidd yn bennaf, barhau.

**37.** Mae gweledigaeth Llywodraeth Cymru o ofal yn nes at y cartref yn cael ei chefnogi'n eang. Fodd bynnag, os yw'n wirioneddol benderfynol o ailgyfeirio gwasanaethau i ffwrdd oddi wrth ofal eilaidd, dylai meddygaeth deulu gael ei hystyried fel galluogwr ac nid rhwystr i'r broses o drawsnewid y system, a rhaid iddi gael ei chefnogi i gyflawni'r weledigaeth hon. Bydd hyn yn gofyn am symud adnoddau i ofal sylfaenol, nid dim ond ailfrandio adnoddau presennol. Trafodir yr angen i symud adnoddau o ofal eilaidd i ofal sylfaenol ymhellach ym Mhennod 3.

**38.** Mae papur tystiolaeth Llywodraeth Cymru yn nodi'n glir bod meddygaeth deulu yn ganolog i ddyfodol GIG Cymru. Ond er bod y bwriad strategol bellach yn fwy clir, mae cwestiynau'n parhau ynghylch sut y bydd y weledigaeth hon yn cael ei gweithredu'n ymarferol, yn enwedig o ran cyllid, y gweithlu, a chynllunio

---

<sup>30</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 8

<sup>31</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 39

gwasanaethau. Soniodd tystion hefyd am ddiffyg arweinyddiaeth effeithiol ar gyfer gofal sylfaenol yng Nghymru.

**39.** Mae clystyrau gofal sylfaenol mewn sefyllfa ddelfrydol i helpu i hwyluso'r symud o ofal eilaidd i ofal sylfaenol. Fodd bynnag, clywsom bryderon ynghylch perfformiad anghyson, atebolrwydd aneglur, ac ymreolaeth gyfyngedig. Efallai mai'r peth mwyaf pryderus oedd y dystiolaeth, nid yn unig nad oedd pethau wedi gwella ers adroddiad ein Pwyllgor rhagflaenol yn 2017, ond mewn rhai agweddau, eu bod yn waeth.

**40.** Mae cyllid trawsnewid a chyflwyno prosiectau peilot wedi bod yn thema gyson drwy lawer o'n gwaith. Problem sy'n gyffredin ymhlith prosiectau peilot yw natur byrdymor y cyllid. Rydym wedi cael gwybod am brosiectau peilot byrdymor, llwyddiannus nad ydynt yn cael eu cyflwyno'n ehangach ar ôl i'r cyllid ddod i ben. Nid yw hyn yn sefyllfa gynaliadwy.

**41.** Er bod yr Ysgrifennydd Cabinet yn disgrifio sut y bydd Gwasanaethau Atodol Cydweithredol o dan Gyfarwyddyd (CDSS) yn ei gwneud yn ofynnol i fyrddau iechyd gomisiynu gwasanaethau o glystyrau gofal sylfaenol, gan symud gweithgaredd a chyllid allan o ysbytai, mae llawer o ansicrwydd o hyd ynghylch sut y bydd hyn yn gweithio'n ymarferol. Rydym wedi ysgrifennu at yr Ysgrifennydd Cabinet ar wahân i ofyn am ragor o fanylion am CDSS a sut y bydd hyn yn helpu i sicrhau buddsoddiad digonol ar gyfer meddygaeth deulu.

**Casgliad 1.** Fel conglfaen y GIG, mae meddygaeth deulu yn chwarae rôl hanfodol yn y gofal a roddir i gleifion a dyfodol darpariaeth gofal iechyd. Bydd meddygaeth deulu yn allweddol wrth gyflawni'r agenda atal a gofal yn nes at y cartref, ac felly mae angen iddi gael yr adnoddau priodol i wneud hynny.

**Casgliad 2.** O ystyried y cyfraniad hanfodol y mae meddygaeth deulu yn ei wneud i ofal cleifion, a'i phwysigrwydd i'r cyhoedd, credwn y dylai Llywodraeth newydd Cymru ymrwmo i gynnal dadl flynyddol yn y Senedd ar ddatblygiadau ym maes gofal sylfaenol er mwyn rhoi cyfle i Aelodau'r Senedd graffu ar gynnydd yn y maes hwn.

**Casgliad 3.** Bydd angen sicrhau bod yr agenda 'symud i'r chwith' - symud gweithgaredd allan o'r ysbyty ac i mewn i'r gymuned - yn cael yr adnoddau priodol. Bydd hyn yn gofyn am ymrwymiad ariannol difrifol a pharhaus gan Lywodraeth newydd Cymru a bydd angen iddo gynnwys cyfnod o 'gyllido dwbl' i sicrhau pontio llyfn a diogel.

**Casgliad 4.** Rydym yn cydnabod y gall unrhyw newidiadau i'r ffordd y caiff gwasanaethau eu darparu beri pryder i bobl, ac mae hyn hyd yn oed yn fwy gwir pan fydd y gwasanaethau hynny'n ymwneud â'u hiechyd. Felly, mae'n hanfodol bod y cyhoedd yn ymwneud yn llawn â'r pontio i ofal sy'n cael ei ddarparu yn nes at y cartref; eu bod yn deall yn llawn pa newidiadau sy'n cael eu gwneud, pam eu bod yn cael eu gwneud a'r manteision posibl sydd ynghlwm wrthynt.

**Casgliad 5.** Mae prosiectau peilot yn chwarae rôl bwysig wrth ddatblygu dulliau arloesol ac ysgogi'r gwaith o drawsnewid gwasanaethau. Fodd bynnag, mae heriau yn cael eu creu yn sgil y diffyg cyllid cynaliadwy sy'n cyd-fynd â nhw'n gyffredinol, a gall hyn fod yn rhwystredig, yn enwedig lle profir bod prosiectau peilot yn llwyddiannus. Credwn y dylai pob prosiect peilot, o'r cychwyn cyntaf, gael ei ategu gan gynllun gweithredu cadarn sy'n nodi sut y bydd y prosiect llwyddiannus yn parhau i gael ei ariannu os bydd y peilot yn llwyddiannus.

**Argymhelliad 1.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru sicrhau bod pob prosiect peilot gofal sylfaenol yn cael ei ategu gan gynllun gweithredu cadarn sy'n nodi sut y bydd y prosiect llwyddiannus yn parhau i gael ei gyflawni a'i ariannu, unwaith y bydd cyfnod cychwynol y prosiect peilot a'r cyllid wedi dod i ben.

### 3. Cyllid a chontractau

**42.** Mae llawer o'r gofal y mae pobl yn ei gael gan y GIG yn dechrau ym maes meddygaeth deulu, y caiff y rhan fwyaf ohono ei ddarparu o dan y contract gwasanaethau meddygol cyffredinol. Darperir y rhan fwyaf o wasanaethau gan bractisau meddygon teulu contractwyr annibynnol, ac mae practisau a reolir gan fyrddau iechyd wedi'u sefydlu lle y bo angen i gefnogi cymunedau sydd heb weithrediadau contractwyr annibynnol.

**43.** Mae byrddau iechyd yn derbyn swm wedi'i glustnodi ar gyfer gwasanaethau meddygol cyffredinol, fel y nodir yn llythyrau dyrannu Llywodraeth Cymru i Fyrddau Iechyd.

#### Lefel y buddsoddiad

**44.** Er gwaethaf y ffaith bod gofal sylfaenol yn rheoli tua 90% o holl gontractau'r GIG, mae'n derbyn cyfran anghymesur o fach o gyllid. Yn ôl cyfrifon cryno GIG Cymru, roedd gwariant gwasanaethau meddygol cyffredinol yn 2024-25 yn cyfrif am 5.7% o'r gwariant gros, sef gostyngiad o 7.1% yn 2018-19. Mae BMA Cymru wedi galw am adfer y buddsoddiad mewn gwasanaethau meddygol cyffredinol i lefelau 2005-06, a adroddwyd fel 8.7% o wariant gros, o fewn y tair blynedd nesaf, gyda dyhead i gynyddu'r ganran hon yn agosach i 11% yn y pum mlynedd nesaf.<sup>32</sup>

**45.** Yn ôl Conffederasiwn GIG Cymru:

*"The financial landscape for general practice in Wales is under significant strain."<sup>33</sup>*

**46.** Dywedwyd wrthym nad yw'r cynnydd mewn cyllid wedi cyfateb i'r galw cynyddol gan gleifion ar ôl y pandemig, ynghyd â'r costau gweithredu cynyddol, gan gynnwys cynnydd mewn Yswiriant Gwladol. Ystyrir yn eang bod y gostyngiad yng nghyfran meddygaeth deulu o gyllideb GIG Cymru yn fygythiad i gynaliadwyedd gwasanaethau, morâl y gweithlu, a'r ddarpariaeth gofal ataliol. Dywedodd yr Athro Adrian Edwards wrthym:

*"There has been a real-terms increase in spend across the NHS, but it has disproportionately not gone to primary care. So, primary care has risen by 14 per cent over these last 10 years,*

---

<sup>32</sup> GP34 BMA Cymru

<sup>33</sup> Gp32 Conffederasiwn GIG Cymru

*but in other areas of the NHS, their real-terms spend has increased by 17 per cent to 45 per cent. So, someone's getting a huge slice of the cake."*<sup>34</sup>

**47.** Dywedodd un ymatebydd i'n hymgyngoriad wrthym fod cydbwysedd y buddsoddiad mewn gofal sylfaenol ac eilaidd yng Nghymru wedi gogwyddo cymaint fel y byddai'n chwerthinllyd pe na bai'n peri cymaint o bryder, ac mae'n mynd ymlaen i ddweud:

*"It appears that actions have not matched the policy rhetoric, and we have prioritised technical efficiency (getting more from the resources invested) over allocative efficiency (allocating resources in such a way as to maximise health). Underinvestment in primary care is, therefore, a systemic problem for the NHS."*<sup>35</sup>

**48.** Serch hynny, cydnabyddir yn eang bod meddygaeth deulu yn cynnig gwerth ardderchog am arian. Nododd tystiolaeth gan bartneriaid Meddygfa'r Felinheli a Phorthaethwy yn y gogledd:

*"We provide excellent value for money and so much more could be done within a well-staffed General Practice at a considerable saving to the NHS and closer to home that would greatly benefit patients."*<sup>36</sup>

**49.** Dywedodd Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru:

*"If the role is sustainably funded through the NHS, it will become the public service we need, offering quality care for patients, managing acute and chronic illness, with the essential capacity needed for preventive care."*<sup>37</sup>

**50.** Gwnaeth Paul Mears, Prif Weithredwr Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg, gydnabod bod y dyraniad ar gyfer gofal sylfaenol, o gymharu â gwariant ar ofal ysbyty, yn sylweddol is, a bod hyn wedi bod yn wir ers peth amser:

*"Obviously, with the pressure since COVID to continue to improve waiting times and reduce waiting times in planned*

---

<sup>34</sup> Cofnod y Trafodion, 6 Tachwedd 2025, paragraff 20

<sup>35</sup> GP56 Unigolyn 07

<sup>36</sup> GP55 Partneriaid Meddygfa'r Felinheli a Phorthaethwy, Gogledd Cymru

<sup>37</sup> GP38 Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru

*care and urgent care in hospitals, that's led to quite a bit of extra resource being put into the secondary care part of what we do.”<sup>38</sup>*

**51.** Aeth ymlaen i ddweud ei fod yn credu bod uchelgais ar y cyd ledled Cymru i unioni'r sefyllfa hon a dod ag adnoddau yn ôl i ofal sylfaenol a chymunedol, yn unol â 'Cymru Iachach', ond rhybuddiodd:

*“If we're serious about that, then clearly the resources need to follow the rhetoric and we need to think about how we, as health boards, improve the way in which we allocate resource towards primary care.*

*But also there's a conversation, I think, about how, within Government, the resources that get allocated to the agenda around primary care, and GPs in particular, can be reflective of the ambition.”<sup>39</sup>*

## **Fformiwla Carr-Hill**

**52.** Caiff cyllid craidd ar gyfer practisau meddygon teulu yng Nghymru o dan y contract gwasanaethau meddygol cyffredinol ei gyfrifo gan ddefnyddio fformiwla dyrannu swm craidd Carr-Hill (a elwir hefyd yn fformiwla Carr-Hill). Mae'r fformiwla hon yn addasu ar gyfer ffactorau fel oedran a rhyw y boblogaeth o gleifion, afiachedd a marwolaeth, trosiant rhestrau practisau, a phoblogaethau cartrefi gofal.

**53.** Esboniodd Dr Matthew Jones, partner meddyg teulu yng Nghaerdydd, sut y datblygwyd Fformiwla Carr-Hill trwy integreiddio data o Gymru a Lloegr, ond er mai'r un fformiwla yn union a gymhwyswyd yn y ddwy wlad, roedd rhai gwahaniaethau rhwng y ddwy wlad wedi'u hanwybyddu:

*“England has approximately 6,600 GP surgeries with 62 million patients registered at these facilities. In comparison, Wales has around 384 GP surgeries (as of January 2023) and serves 3.2 million patients. The Carr-Hill formula's primary purpose is to compare different populations to determine the workload level for GP surgeries.*

---

<sup>38</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 362

<sup>39</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 364

*In England, due to the larger number of data sets available, the formula achieves a higher degree of accuracy. Conversely, in Wales, because there are relatively fewer GP practices, there is a risk that very similar GP surgeries may receive significantly different levels of funding.*

*The Carr-Hill formula financially rewards rural GP practices. However, since Wales has a population density four times lower than that of England, this formula inadvertently disadvantages GP practices in major urban areas of Wales. Unlike England, which has multiple large cities sharing this financial burden, Welsh urban practices are disproportionately affected.”<sup>40</sup>*

**54.** Mae ei dystiolaeth hefyd yn cynnwys gwybodaeth fanwl am y ffordd y caiff fformiwla Carr-Hill ei chyfrifo, graddfeydd yr holl bractisau meddygon teulu yng Nghymru, ac effaith y raddfa honno ar eu cyllid<sup>41</sup>.

**55.** Roedd mwyafrif yr ymatebion a dderbyniwyd gan y rhai sy'n gweithio ym maes meddygaeth deulu yn codi pryderon ynghylch fformiwla Carr-Hill, gyda thystion yn dweud ei bod wedi dyddio ac wedi'i halinio'n wael ag anghenion gofal iechyd poblogaeth Cymru, yn enwedig mewn ardaloedd difreintiedig lle mae cymhlethdod cleifion yn uwch. Gan nad yw'n adlewyrchu'r patrymau presennol o angen, gall y fformiwla arwain at ddiffyg cyllid i bractisau sy'n gwasanaethu cymunedau sydd â'r heriau iechyd mwyaf, gan waethygu anghydraddoldebau presennol.

**56.** Trafodir materion sy'n ymwneud ag amddifadedd a fformiwla Carr-Hill ymhellach ym Mhennod 5.

**57.** Dywedodd un tyst wrthym:

*“The Carr-Hill formula for GP funding means that our practice sits 4th from bottom of the league table for funding in Wales. Our Carr-Hill weighting is 0.72. This means that each patient registered with our practices attracts only 72% of the expected practice income for a patient. Our list size is 11,526 patients and yet we are only funded to provide a service for 8,281 patients.”<sup>42</sup>*

---

<sup>40</sup> GP18 Dr Matthew Jones

<sup>41</sup> GP18 Dr Matthew Jones

<sup>42</sup> GP14 Unigolyn 02

**58.** Soniodd yr Athro Adrian Edwards am y 'gyfraith llwyth gwaith gwrthgyfartal':

*"In the affluent areas of Wales, the average number of patients per GP is 2,100, and in deprived areas, it's 2,400. And by the way, those practices get 7 per cent less income to provide those services. When we look at what's actually happening with those patients, the doctor has got more patients to start with in a deprived area, and then those patients are actually presenting more often as well."*<sup>43</sup>

**59.** Nid oes adolygiad o fformiwla Carr-Hill wedi'i gynnal ers iddi gael ei rhoi ar waith yn 2004, ac roedd cefnogaeth gref ymhlith rhanddeiliaid i gynnal adolygiad o'r fath. Dywedodd Dr Gareth Lucucq, Rheolwr Practis yng Nghaerdydd, fod angen diwygio'r fformiwla:

*"to reflect the complexity and demand more accurately for services in general practice."*<sup>44</sup>

**60.** Dywedodd meddyg teulu sy'n ymarfer a ymatebodd i'n hymgyngoriad wrthym:

*"We know that we have unmet demand and need from our patients. Please give us the resources to meet this demand. Please urgently review the Carr-Hill formula so that funding between Carr-Hill winners and losers does not continue to grow."*<sup>45</sup>

**61.** Galwodd Conffederasiwn GIG Cymru am adolygiad trylwyr o fformiwla Carr-Hill i sicrhau bod cyllid yn adlewyrchu cwmpas gwasanaethau a'r galw sydd arnynt yn gywir.<sup>46</sup>

**62.** Er i BMA Cymru alw ar Lywodraeth Cymru i ymrwmo i adolygu priodoldeb y fformiwla dyrannu cyllid bresennol ar gyfer meddygaeth deulu yng Nghymru, gan ddefnyddio arbenigedd arbenigol ym maes iechyd y boblogaeth a chyllid:

*"This must include extensive modelling of the consequences of any potential adjustments and inclusion of any new factors in*

---

<sup>43</sup> Cofnod y Trafodion, 6 Tachwedd 2025, paragraff 13

<sup>44</sup> GP02 Dr Gareth Lucucq

<sup>45</sup> GP14 Unigolyn 02

<sup>46</sup> GP32 Conffederasiwn GIG Cymru

*the formula. Recommendations of this review would inform the next steps for GP funding allocation in Wales.*"<sup>47</sup>

**63.** Fodd bynnag, rhybuddiodd Dr Gareth Oelmann, meddyg teulu yng Nghwmbrân a chadeirydd Pwyllgor Meddygon Teulu Cymru:

*"if we make any changes [...] then it has to be done on an evidenced, modelled, reviewed basis. If we just make simple, quick-fix changes, there will be losers as much as there are winners, and that will equally defund other practices, destabilise other practices, and one thing at a national level that we cannot afford to do is to have unintended consequences."*<sup>48</sup>

**64.** Dywedodd wrthym na fyddai diwygio'r fformiwla ar ei ben ei hun yn datrys yr heriau ariannu ehangach ym maes meddygaeth deulu. Ni waeth pa fformiwla a ddefnyddir, roedd yr amlen ariannu gyffredinol - y 'cwantwm' - yn parhau i fod yn annigonol.

*"We recognise that the funding formula is only part of the funding question, because we actually need to look at the quantum of the pot."*<sup>49</sup>

**65.** Ychwanegodd Dr Ian Harris, meddyg teulu ym Mhen-y-bont ar Ogwr a Dirprwy Gadeirydd Pwyllgor Meddygon Teulu Cymru:

*"There is a lot of clamour around Carr-Hill and around allocation formulas, and it is understandable—the formula is out of date and we would like to review it—but when you start hearing, 'The formula doesn't work for me' in an urban practice with a young population, when you're hearing that it doesn't work for you in an ageing population in a retirement seaside town, when you hear it doesn't work in a rural multi-site practice, what you're starting to hear is, 'Well, perhaps it isn't the formula; perhaps it's the quantum'."*<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> GP34 BMA Cymru

<sup>48</sup> Cofnod y Trafodion, 7 Medi 2025, paragraff 48

<sup>49</sup> Cofnod y Trafodion, 7 Medi 2025, paragraff 44

<sup>50</sup> Cofnod y Trafodion, 7 Medi 2025, paragraff 52

## Proses contract flynyddol

**66.** Dywedwyd wrthym fod practisau cyffredinol ledled Cymru yn wynebu heriau sylweddol oherwydd y cylch negodi contract blynyddol, sy'n creu ansicrwydd ac yn cyfyngu ar eu gallu i gynllunio, buddsoddi neu ehangu gwasanaethau'n strategol. Yn aml, caiff cyllid ei gadarnhau'n hwyr yn y flwyddyn ariannol, gan adael practisau flwyddyn ar ei hôl hi ac yn methu â gwneud penderfyniadau gwybodus ynghylch staffio neu ddarparu gwasanaethau.

**67.** Dywedodd John Williams, rheolwr practis yn Wrecsam:

*"leaving aside the actual amount of funding, one of the issues with the contract is that it arrives later and later each year. I think, in this year, it arrived in month nine, possibly even 10, of the year, which makes it very difficult - nigh on impossible - to plan for any medium- or long-term impactful intervention."*

**68.** Yn yr un modd, dywedodd Dr Ian Harris wrthym:

*"The real problem with annual contracts is the fact that we agreed last year's contract in January 2025 for something that began in April 2024. How can you deliver anything for 2024-25 in that timescale? We would assert that the negotiations should be happening and complete before April each financial year, if they're on an annual basis, and this is something we've pushed for recurrently."<sup>51</sup>*

**69.** Yn ôl Dr Richard Stratton, partner meddyg teulu ym Mhowys, mae'r sefyllfa yn un llethol a dywedodd, heb y gallu i gynllunio, mai rheoli argyfwng yw popeth. Galwodd am:

*"a contract that supports the delivery over what I would suggest would be a minimum of five years. And regularly updated over those five years as well, so we would know what years 6, 7 and 8 would look like, and we could plan and deliver to that. It would give us far more confidence."<sup>52</sup>*

**70.** Fodd bynnag, dywedodd Dr Gareth Oelmann wrthym na fyddai am weld cytundebau contractiol amlflwyddyn, gan gyfeirio at gytundeb pum mlynedd yn

---

<sup>51</sup> Cofnod y Trafodion, 7 Medi 2025, paragraff 65

<sup>52</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 28

Lloegr a oedd wedi gadael practisau yn gytundebol ar gynnydd o 2 y cant o flwyddyn i flwyddyn, a oedd wedi creu ei broblemau ei hun. Yn hytrach, hoffai weld strategaeth ariannu amlflwyddyn. Nododd fod hynny:

*“is a much more nuanced way to address some of the issues, to move the resource restoration argument and shifting left, and resources following the cost.”<sup>53</sup>*

**71.** Awgrymodd hefyd y dylid datgysylltu cyflog oddi wrth drafodaethau ynghylch y contract oherwydd:

*“it doesn’t do anything for the morale of those who are within our employ to not be seeing a pay award that their peers, equivalents, in the rest of the NHS are already seeing.”<sup>54</sup>*

## Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru

**72.** Nododd tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru:

*“Rhwng 2014-15 a 2023-24, cynyddodd gwariant GIG Cymru o £7.4bn i £10.16bn a chynyddodd cyllid gwasanaethau meddygol cyffredinol o £618m i £649m. Fodd bynnag, gostyngodd cyfran cyllid y GIG ar gyfer gofal sylfaenol o 24% i 17.2%, a gostyngodd cyfran gwasanaethau meddygol cyffredinol o 8.3% i 6.4%, gan adlewyrchu twf cyflymach yng ngwariant cyffredinol y GIG.”<sup>55</sup>*

**73.** Cydnabu'r Ysgrifennydd Cabinet fod cyfran y gwariant ar ofal sylfaenol wedi gostwng dros y 15-20 mlynedd diwethaf a phwysleisiodd fod angen gwrthdroi hyn. Fodd bynnag, aeth ymlaen i ddweud:

*“A reducing percentage is not the same as a reducing budget, and actually what, in practice, has happened, because of significant additional investment that we’ve made to the NHS overall, is most of that investment has gone into secondary care and therefore the percentages have changed.”<sup>56</sup>*

---

<sup>53</sup> Cofnod y Trafodion, 7 Medi 2025, paragraff 28

<sup>54</sup> Cofnod y Trafodion, 7 Medi 2025, paragraff 67

<sup>55</sup> [Y Pwyllgor Iechyd a Diogelwch, 12 Tachwedd 2025, papur 1](#)

<sup>56</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 37

**74.** Cadarnhaodd hefyd fod adolygiad o fformiwla Carr-Hill yn cael ei drafod gyda meddygon teulu ar hyn o bryd, ond nododd ei fod yn broses gymhleth a fyddai'n cymryd amser. Rhybuddiodd na fyddai'n darparu ateb i bob problem, oherwydd, ym mhob adolygiad, mae pobl sy'n elwa bob amser a rhai pobl sy'n colli allan<sup>57</sup>.

**75.** Mewn datganiad ysgrifenedig dilynol, a ryddhawyd ar 12 Rhagfyr 2025, cyhoeddodd yr Ysgrifennydd Cabinet fod cyfres o weithgorau yn cael eu sefydlu i yrru gwelliannau parhaus a gwelliannau yn y dyfodol ymlaen, ac y byddai un ohonynt yn edrych ar y fformiwla dyrannu ar gyfer cyllid gwasanaethau meddygol cyffredinol. Dywedodd:

*“Dylid nodi bod yr adolygiad o'r fformiwla ar gyfer dyrannu'r swm craidd yn arbennig o arwyddocaol – hwn fydd yr asesiad cynhwysfawr cyntaf ers rhagor nag 20 mlynedd. Mae'r adolygiad hwn yn gyfle nodedig i sicrhau bod cyllid yn cael ei ddosbarthu'n deg a'i fod yn adlewyrchu anghenion presennol practisau a chymunedau ledled Cymru.”<sup>58</sup>*

**76.** Cytunodd yr Ysgrifennydd Cabinet fod yna fanteision ynghlwm wrth gytundebau amlflwyddyn ond pwysleisiodd nad oedd ymdrechion blaenorol wedi bod yn llwyddiannus bob amser:

*“So, I think there has been evidence elsewhere in the past of those agreements being a little rigid and not able to respond to changing requirements, and then they've been challenging. If you can get a mechanism that provides visibility and some level of flexibility to be able to respond to different circumstances, then I think that will be a good thing to aim for.”<sup>59</sup>*

**77.** Nododd fod yna gysylltiad hefyd rhwng problemau ariannu hwyr a'r modd y trefnir trafodaethau ar gyflog a gwasanaeth sy'n gynhenid yn y model contractwr annibynnol:

*“We have a model that is an independent contractor model, largely, and inherent in that model, I'm afraid, is an element of negotiating around a contract. So, if we didn't have that arm's-*

---

<sup>57</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 44

<sup>58</sup> [Datganiad Ysgrifenedig: Diwygio'r Contract Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol ar gyfer 2025-26.12.Rhagfyr.2025](#)

<sup>59</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 46

*length independent provider arrangement, then I suppose this might be something, but I think it's pretty inherent in that arrangement.*"<sup>60</sup>

## Ein barn ni

**78.** Mae'n amlwg bod mwy o fuddsoddiad mewn gofal eilaidd wedi cael ei weld ar draul gofal sylfaenol, gyda'r amlen ariannu gyffredinol yn annigonol i fodloni'r gofynion cynyddol sy'n cael eu rhoi ar feddygaeth deulu, yn benodol. Fodd bynnag, wrth ddweud hyn, rydym yn cydnabod y pwysau sylweddol sy'n bodoli ym maes gofal eilaidd, nid lleiaf wrth ddelio ag ôl-groniad rhestrau aros ar ôl Covid. Mae rhanddeiliaid yn awgrymu bod cyfran ostyngol meddygaeth deulu o gyllideb GIG Cymru nid yn unig yn bygwth cynaliadwyedd gwasanaethau a'r ddarpariaeth gofal ataliol, ond yn cael effaith ddifrifol am forâl y gweithlu.

**79.** Mae'r Ysgrifennydd Cabinet a chynrychiolwyr byrddau iechyd yn cydnabod bod y dyraniad ar gyfer gofal sylfaenol, o gymharu â gwariant ar ofal ysbyty, yn sylweddol is. Awgrymodd tystion fod hyn, yn rhannol, o ganlyniad i'r ffaith bod gan amseroedd aros ac amseroedd ymateb ambiwlansys broffil llawer uwch a'u bod yn denu mwy o sylw yn y cyfryngau, ond, wrth gwrs, mae yna faterion systemig a strwythurol llawer mwy ar waith.

**80.** Bydd symud i agenda fwy ataliol yn gofyn bod arian a gwasanaethau yn cael eu symud, a bydd angen cyfnod o gyllido dwbl i gyrraedd yno. Bydd angen camau beiddgar gan Lywodraeth newydd Cymru, y bydd angen iddi nodi'n glir sut y bydd cyllid a gwasanaethau yn symud o ofal eilaidd i'r gymuned, a thros ba gyfnod. Bydd angen proses drawsnewid wedi'i gynllunio'n dda ar gyfer hyn, gydag amserlen ac ymrwymiad i gyllido dwbl am gyfnod o amser.

**Argymhelliad 2.** O fewn 100 diwrnod ar ôl dod i rym, dylai Llywodraeth newydd Cymru ysgrifennu at ein pwyllgor olynol yn nodi ei chynlluniau ar gyfer ailbroffilio gwariant ac adnoddau rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd, a'r amserlenni ar gyfer gwneud hynny.

**81.** Neges glir a chyson gan randdeiliaid yw bod fformiwla Carr-Hill wedi dyddio ac wedi'i halinio'n wael ag anghenion gofal iechyd poblogaeth Cymru. Yn benodol, clywsom nad yw'r fformiwla yn adlewyrchu'r cymhlethdod a'r galw uwch mewn cymunedau difreintiedig, gan gosbi practisau sy'n gwasanaethu poblogaethau tlotach a mwy sâl i bob pwrpas. Credwn na fydd newidiadau i'r

---

<sup>60</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 48

fformiwla ar eu pennau eu hunain yn mynd i'r afael â'r angen am fwy o fuddsoddiad yn gyffredinol. Fodd bynnag, mae'n hen bryd mynd ati i adolygu'r fformiwla.

**Casgliad 6.** Credwn nad yw'r fformiwla ar gyfer dyrannu cyllid i feddygaeth deulu (fformiwla Carr-Hill) yn addas i'r diben ac y dylai gael ei hadolygu. Mae risg y bydd fformiwla dyrannu sydd wedi dyddio yn gwaethygu anghydraddoldebau o ran mynediad at feddygaeth deulu ac yn tanseilio cynaliadwyedd gwasanaethau. Rydym yn croesawu'r gweithgor sydd wedi'i sefydlu gan Lywodraeth Cymru i fwrw ymlaen â hyn, ac yn rhagweld y bydd ein pwyllgor olynol yn disgwyl gweld cynigion clir ar gyfer diwygio yn deillio o'i waith.

**Argymhelliad 3.** O fewn 100 diwrnod ar ôl dod i rym, dylai Llywodraeth Cymru ysgrifennu at ein pwyllgor olynol i gadarnhau ei hymrwymiad i adolygu'r fformiwla dyrannu swm craidd a'r amserlenni ar gyfer hyn.

**82.** Rydym yn cydnabod yr heriau sylweddol y mae'r cylch negodi contractau blynyddol yn eu gosod ar feddygaeth deulu, gan greu ansicrwydd a chyfyngu ar y gallu i gynllunio. Er ein bod yn nodi tystiolaeth yr Ysgrifennydd Cabinet nad oedd ymdrechion blaenorol i symud i drefniadau ariannu amlflwyddyn wedi bod yn llwyddiannus, nid ydym yn credu y dylai hynny atal archwilio pellach, yn enwedig gyda budd profiad y gorffennol. Felly, credwn y dylid rhoi ystyriaeth bellach i symud i drefniadau ariannu amlflwyddyn i wella sefydlogrwydd a chefnogi cynllunio hirdymor.

**Argymhelliad 4.** Dylai Llywodraeth Cymru archwilio ymhellach opsiynau ar gyfer symud i drefniant ariannu amlflwyddyn ar gyfer meddygaeth deulu.

## 4. Y gweithlu a thimau amlddisgyblaethol

### Pwysau recriwtio a chadw

**83.** Yn ôl Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru:

*“The stark truth is that general practice is in crisis. In 2002, GPs worked across 516 practices in Wales. By the start of the pandemic in 2020, there were 404 practices. Today, just 374 GP practices remain.”*

**84.** Soniodd llawer o dystion am ludded a morâl sy'n dirywio, sy'n cael eu hysgogi gan oriau hir, galw cynyddol, a theimlad o gael eu tanbriso. Canfu arolwg diweddar gan y BMA mai ychydig dros hanner y partneriaid meddygon teulu oedd yn gweld eu hunain yn eu swydd bresennol o hyd ymhen tair blynedd:

*“GPs work tirelessly for their communities, but sadly, their efforts to keep up with an ever-increasing workload are detrimental to their mental wellbeing, with many reporting burnout, overwhelm, and fatigue.”<sup>61</sup>*

**85.** Clywsom fod gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd eraill yn profi problemau tebyg. Dywedodd Helen Davies, Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru, wrthym:

*“Burnout is a real issue. There's a lot of good will out there, I think, and that comes with our roles. We care for our patients and care for the population, so we will go above and beyond. It can't carry on like that for ever.”<sup>62</sup>*

**86.** Clywsom hefyd fod cyfran fawr o feddygon teulu a nyrsys sy'n gweithio mewn practisau cyffredinol yn agosáu at oedran ymddeol, gan godi pryderon brys ynghylch cynllunio olyniaeth a chadw staff. Dywedodd Dr Tom Kneale, meddyg teulu yn Rhuthun, wrthym:

*“I joined my practice and all the partners there qualified in the year I was born, so I had a couple of years, which was lovely,*

---

<sup>61</sup> GP34 BMA Cymru

<sup>62</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 229

*and then they gradually all retired. So, we struggled for years trying to recruit in a rural area, so it was exceptionally hard.”<sup>63</sup>*

**87.** Adroddodd nifer o dystion<sup>64</sup> fod meddygon teulu yn ei chael hi’n anodd dod o hyd i waith gan na all practisau fforddio eu cyflogi. Dywedodd Dr James Pink, partner meddyg teulu yng Nghaerdydd:

*“In Cardiff, we currently have a situation where there are more GPs looking for work than there are available jobs. Our locum colleagues are grateful for any shifts and job adverts for non-clinical GP jobs such as teaching and appraisals are significantly overprescribed. Few practices are recruiting GPs currently as although there is significant patient demand, there is simply no funding to pay for new jobs.”<sup>65</sup>*

**88.** Yn ôl BMA Cymru, mae’r sefyllfa hon yn un baradocsaidd. Noda ein bod ni, ar adeg pan fo angen enfawr am y gweithlu, yn clywed adroddiadau pryderus am dangyflogaeth neu ddiweithdra eang ymhlith meddygon teulu sesiynol a newydd gymhwyso.<sup>66</sup>

**89.** Mae’n dweud bod hyn yn rhannol o ganlyniad i’r pwysau ariannol difrifol y mae practisau wedi bod yn eu hwynebu yn ystod y blynyddoedd diwethaf:

*“Practices are unable to afford to offer substantive salaried roles or rely upon locum GPs in the same way as they used to. There is a ready and trained workforce who are available to relieve some of the immediate pressures and in time facilitate the shift left of services closer to home. However, this can only be unlocked with reprioritisation of investment.”<sup>67</sup>*

**90.** Clywsom fod hyn hefyd yn cael effaith ar nifer y meddygon teulu sy’n gadael Cymru i weithio dramor. Dywedodd Dr Rowena Christmas, meddyg teulu yn Sir Fynwy a Chadeirydd Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru, wrthym:

*“They are better paid, they have got a much better work-life balance, they have got fewer patients to see. It is understandable that we are losing these absolutely fantastic*

---

<sup>63</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 100

<sup>64</sup> GP13, GP14, GP16, GP21, GP31, GP55, GP58

<sup>65</sup> GP21 Dr James Pink

<sup>66</sup> GP34 BMA Cymru

<sup>67</sup> GP34 BMA Cymru

*people, but they do not actually want to go. They want to stay and work in Wales. They are just struggling to find the work”.*<sup>68</sup>

**91.** Dywedwyd wrthym fod y pwysau ar y gweithlu meddygaeth deulu yn cael ei waethygu ymhellach gan ddiffyg buddsoddiad mewn hyfforddiant a datblygiad proffesiynol parhaus. Yn ôl arolwg Orlhain Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol 2023<sup>69</sup>, er bod 78 y cant o feddygon teulu wedi nodi bod ganddynt fynediad at ddatblygiad proffesiynol parhaus a hyfforddiant a oedd yn diwallu eu hanghenion, roedd amser yn ffactor cyfyngol mawr. Nid oedd gan 60% o feddygon teulu ddigon o amser i ymgymryd â hyfforddiant ochr yn ochr â gwaith y practis.

**92.** Nodwyd y canlyniol mewn tystiolaeth gan Gonffederasiwn GIG Cymru:

*(...) a critical issue is the limited opportunity for professional development within general practice. This creates a workforce that is stagnant in skill and an unattractive environment for younger professionals.*

*Employers of practice staff must prioritise the development of progression and development opportunities, supported by Health Education and Improvement Wales (HEIW), health boards, and Primary Care Academies.”*<sup>70</sup>

## **Defnyddio'r tîm amlddisgyblaethol**

**93.** Er bod y buddiannau sydd ynghlwm wrth weithio mewn ffordd amlddisgyblaethol yn cael eu cydnabod yn eang, dywedwyd wrthym fod gweithrediad timau amlddisgyblaethol yn parhau i fod yn anghyson. Nid oes gan lawer o bractisau y seilwaith, y cyllid na'r systemau digidol i'w cefnogi'n effeithiol. Mae integreiddio gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd, nyrsys a fferyllwyr yn llwyddiannus yn gofyn am gyllid hirdymor, ffordd gydgyssylltiedig o gynllunio'r gweithlu, a buddsoddiad mewn ystadau a systemau digidol. Fodd bynnag, nododd tystiolaeth gan Goleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol nad yw systemau presennol bob amser yn hwyluso ffordd amlddisgyblaethol o weithio:

---

<sup>68</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 115

<sup>69</sup> [Arolwg Orlhain Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol 2023](#)

<sup>70</sup> GP32 Conffederasiwn GIG Cymru

*“More thought is needed about systems that support MDT working and better understanding the benefits of an MDT approach to care.”<sup>71</sup>*

**94.** Yn yr un modd, dywedodd Dr Gareth Lucocq, Rheolwr Ymarfer yng Nghaerdydd:

*“The multidisciplinary team model, which has been identified as an important strategy for alleviating pressure on GPs, is not yet universally implemented or sufficiently supported in all areas. While a more diverse team can improve patient care and reduce individual workload, it requires investment in training, recruitment, and infrastructure.”<sup>72</sup>*

**95.** Tynnodd nyrsys, fferyllwyr a gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd sylw at y ffaith bod angen dull mwy cytbwys a chynhwysol o ddiwygio gofal sylfaenol. Gwnaethant bwysleisio bod modelau presennol yn parhau i fod yn rhy adweithiol a meddygol eu natur, gyda strwythurau ariannu (yn enwedig y contract gwasanaethau meddygol cyffredinol) yn cyfyngu ar arloesedd ac integreiddio rolau proffesiynol ehangach. Pwysleisiodd tystion fod y trefniadau ariannu hyn yn ddatgymhelliad i arallgyfeirio'r gweithlu a'u bod yn rhwystro datblygiad timau amlddisgyblaethol. Dywedodd Nia Boughton, Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru, wrthym:

*“The way that primary care is constructed, and has historically been constructed, is that it is an illness system—that we wait for the onset of symptoms before we try to intervene, [...] then we manage symptoms rather than the root cause of illness.*

*The general medical services contract that configures and covers about 97 per cent of primary care operation in Wales is based upon a funding system that promotes that model of work, so it's very difficult for us to make the change for workforce diversification.”<sup>73</sup>*

**96.** Mae recriwtio gwahanol weithwyr proffesiynol yn cael ei lesteirio ymhellach gan delerau ac amodau gwell mewn gofal eilaidd, cyfleoedd hyfforddi cyfyngedig, a chyllid tymor byr. Mae hyn yn effeithio ar y gallu i ymwreiddio rolau fel

---

<sup>71</sup> GP39 Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol

<sup>72</sup> GP02 Dr Gareth Lucocq

<sup>73</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 9

ffisiotherapyddion, therapyddion galwedigaethol, a fferyllwyr mewn meddygaeth deulu.

**97.** Dywedodd Dr Rebecca Towner, meddyg teulu yng Nghaerdydd, wrthym:

*“We have invested in our workforce and trained up several members of staff hoping to provide better services for our patients. As we are unable to compete with the salary structure and contracts offered by the hospital we are at a disadvantage so they leave us for better conditions.”<sup>74</sup>*

**98.** Yn yr un modd, dywedodd Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru fod llawer o fferyllwyr wedi crybwyll diffyg aliniad â graddfeydd cyflog yr Agenda ar gyfer Newid, a gynigir i gydweithwyr ysbytai, fel rhwyst. Dywedodd hefyd:

*“The lack of training, professional supervision, and career development opportunities was highlighted as a barrier. Pharmacists in general practice often lack access to protected learning time and the ability to develop into advanced clinical practitioners, which limits their long-term professional satisfaction and career growth.”<sup>75</sup>*

**99.** Tynnodd tystiolaeth gan Gonffederasiwn GIG Cymru sylw at waith sy'n cael ei wneud gan Addysg a Gwella Iechyd Cymru (AaGIC) i flaenoriaethu datblygu timau amlddisgyblaethol cadarn ym maes meddygaeth deulu:

*“This involves the strategic integration of various healthcare professionals, including nurses, pharmacists, and allied health professionals, to deliver comprehensive patient care. To facilitate this integration, HEIW has established supportive frameworks and training programs designed to optimise team functionality.”<sup>76</sup>*

**100.** Er bod timau amlddisgyblaethol yn gallu lleihau llwyth gwaith meddygon teulu a gwella gofal, tynnodd tystion sylw at y ffaith mai ategu meddygon teulu y mae gweithwyr proffesiynol fel fferyllwyr, cymdeithion meddyg ac uwch

---

<sup>74</sup> GP03 Dr Rebecca Towner

<sup>75</sup> GP60 Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru

<sup>76</sup> GP32 Confederasiwn GIG Cymru

ymarferwyr nyrsio yn ei wneud, yn hytrach na chymryd eu lle. Dywedodd Dr James Pink wrthym:

*“Employing other health professionals to work in primary care has an important role as long as this is considered an addition rather than a substitute for a qualified GP.”<sup>77</sup>*

**101.** Yn aml, mae'r rolau hyn yn gofyn am oruchwyliaeth gan feddyg teulu, sy'n ysgwyddo'r cyfrifoldeb clinigol cyffredinol am y practis. Mewn lleoliadau heb ddigon o staff, gall hyn ychwanegu at lwyth gwaith meddygon teulu. Mynegodd meddygon teulu gefnogaeth gref i weithio mewn timau amlddisgyblaethol, ond pwysleisiwyd bod angen disgwyliaethau realistig, digon o gapasiti goruchwyllo, a chynllunio hirdymor i ymwreiddio'r rolau hyn yn effeithiol. Dywedodd Dr James Pink wrthym:

*“I love the idea of the MDT model, particularly when it's based in primary care. I guess the only thing we need to consider is the governance. Most of the models that I know, we still as the GP will take ultimate responsibility for when there's a problem. [...] I think it's a very exciting role, but it's certainly not one that we're all familiar with at the moment. So, if you're supervising a team of other professionals, whether they be doctors or otherwise, it's a different skill set to just managing your own list and seeing who's in front of you.”<sup>78</sup>*

**102.** Yn yr un modd, dywedodd partner meddyg teulu ac arweinydd clwstwr yn y gogledd, er bod gweithio mewn tîm amlddisgyblaethol yn dda, fod angen i unrhyw un nad yw'n feddyg teulu gael ei oruchwyllo:

*“this has not been factored into their productivity of costing – they cannot work without support in many cases and are neither trained to a high enough level or willing to see the full remit a GP can review – they are NOT a replacement for GP.”<sup>79</sup>*

**103.** Dywedodd Dr Rowena Christmas, Coleg Brenhinol Ymarferwyr Cyffredinol Cymru, wrthym na fyddai'n gwneud synnwyr yn ariannol i gyflogi cynorthwydd meddyg oherwydd byddai angen iddo gael ei oruchwyllo gan feddyg teulu, a, phe

---

<sup>77</sup> GP21 Dr James Pink

<sup>78</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 91

<sup>79</sup> GP06 Unigolyn 01

na bai arian yn broblem, byddai hi, fwy na thebyg, yn cyflogi nyrs practis neu ymarferydd nyrsio neu fferyllydd ar gyfer y practis neu feddyg teulu arall<sup>80</sup>.

**104.** Clywsom hefyd am ddiffyg ymwybyddiaeth ymhlith y cyhoedd ynghylch rolau a manteision aelodau tîm amlddisgyblaethol, gyda chleifion yn aml yn ystyried y rolau hyn fel dewisiadau israddol i feddygon teulu. Dywedodd un o'r cyfranogwyr yn ein gweithgarwch ymgysylltu wrthym:

*"No disrespect to the nurse, she's wonderful, but she's not a doctor and they don't delve deeper into other issues."*<sup>81</sup>

**105.** Mae hyn nid yn unig yn tanseilio'r gwaith o drawsnewid gwasanaethau, mae hefyd yn atgyfnerthu canfyddiadau mai gweithwyr proffesiynol nad ydynt yn feddygon teulu yw'r ail orau.

**106.** Dywedodd Conffederasiwn GIG Cymru wrthym:

*"[...] public trust in general practice is facing significant challenges, stemming from misconceptions and evolving service delivery models. The transition to a multi-disciplinary team approach, while essential for prudent healthcare, is often misunderstood, leading to a perception that care from non-GP specialists is inferior."*<sup>82</sup>

**107.** Aeth ymlaen i ddweud bod rheoli disgwyliadau cleifion yn hollbwysig, ac y byddai angen gwell gwybodaeth ac addysg i gleifion er mwyn gwneud hynny:

*"Clarity regarding the scope of services provided by GPs and other healthcare professionals is vital, as is a consistent national narrative on self-care and service utilisation, tailored with localised information."*<sup>83</sup>

**108.** Er mwyn gwneud y gorau o gyfraniad gweithwyr proffesiynol amlddisgyblaethol, galwodd tystion, gan gynnwys Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi<sup>84</sup> a Choleg Nyrsio Brenhinol Cymru<sup>85</sup> am strategaeth genedlaethol i ymwreiddio gwaith tîm amlddisgyblaethol effeithiol ledled Cymru. Dylai hyn

---

<sup>80</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 180

<sup>81</sup> Ymchwiliad i ddyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru: [canfyddiadau'r gwaith ymgysylltu](#)

<sup>82</sup> GP32 Conffederasiwn GIG Cymru

<sup>83</sup> GP32 Conffederasiwn GIG Cymru

<sup>84</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 48

<sup>85</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 49

gynnwys modelau gwasanaeth safonedig, cyllid cynaliadwy, llwybrau atgyfeirio clir, a buddsoddiad yn y seilwaith ffisegol a digidol.

## Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru

**109.** Nodwyd y canlynol mewn tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru:

*“Mae cynaliadwyedd y gweithlu yn flaenoriaeth i wasanaethau meddygol cyffredinol yng Nghymru. Mae nifer y meddygon teulu cwbl gymwysedig yn gymharol sefydlog – mae nifer y meddygon teulu cyflogedig wedi cynyddu ac mae gostyngiad wedi bod mewn partneriaid meddygon teulu.*

*Er bod gweithlu ehangach practisau wedi sefydlogi hefyd yn dilyn ehangu cynharach, mae buddsoddi parhaus mewn timau amlddisgyblaethol a llesiant staff yn helpu practisau i addasu i ofynion sy'n newid. Er gwaethaf heriau parhaus fel pwysau llwyth gwaith a recriwtio mewn ardaloedd gwledig, mae'r ymdrechion hyn yn gosod y sylfaen ar gyfer gweithlu gwasanaethau meddygol cyffredinol mwy gwydn a chynaliadwy.”<sup>86</sup>*

**110.** Gwnaethom ofyn i'r Ysgrifennydd Cabinet pam roedd meddygon teulu yn dod drwy'r system nad oeddent wedyn yn gallu dod o hyd i waith. Dywedodd wrthym:

*“We have a workforce planning system that works on a level with the health boards, with Health Education and Improvement Wales, in order for us to be able to have better alignment between the provision and the opportunities that are available.”<sup>87</sup>*

**111.** Pwysleisiodd fod angen contract gwasanaethau meddygol cyffredinol â digon o adnoddau i sicrhau bod meddygaeth deulu yn ddeniadol a thynnodd sylw at nifer o fesurau recriwtio a chadw, a oedd yn cynnwys bwrsariaethau ar gyfer ardaloedd lle mae'n anodd recriwtio, cynllun cadw meddygon teulu a oedd yn annog pobl sydd eisoes yn ymarfer i barhau i wneud hynny, a phreimiymau partneriaeth i annog pobl i greu partneriaethau â phroffesiynau eraill.

---

<sup>86</sup> Y Pwyllgor Iechyd a Diogelwch, 12 Tachwedd 2025, papur 1

<sup>87</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 60

*“So, there is work happening to ensure that this does improve. GP numbers have been relatively consistent over the past few years. But, as you say, there are pockets, of course, where this is a challenge.”<sup>88</sup>*

**112.** Nodwyd y canlynol mewn tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru:

*“Mae buddsoddi parhaus mewn timau amlddisgyblaethol a llesiant staff yn gosod y sylfaen ar gyfer dyfodol mwy cynaliadwy a chadarnhaol i wasanaethau meddygol cyffredinol. Mae ehangu'r tîm amlddisgyblaethol wedi galluogi practisau i symud rhywfaint o'r llwyth gwaith yn ddiogel oddi wrth feddygon teulu at weithwyr proffesiynol clinigol eraill, gan gryfhau'r gofal i gleifion a hybu gwydnwch y tîm yn ehangach.”<sup>89</sup>*

**113.** Cytunodd yr Ysgrifennydd Cabinet fod lefelau recriwtio Proffesiynau Perthynol i Iechyd wedi bod yn gyson dros yr ychydig flynyddoedd diwethaf, er gwaethaf y pwysau ar y system.<sup>90</sup>

**114.** Gwnaethom ofyn i'r Ysgrifennydd Cabinet pa waith oedd yn cael ei wneud i newid canfyddiad y cyhoedd o weld gweithiwr proffesiynol perthynol i iechyd yn hytrach na meddyg teulu.

**115.** Dywedodd ei fod o'r farn bod yna well dealltwriaeth yn gyffredinol o'r system timau amlddisgyblaethol, a'i manteision, nag a dybiwyd weithiau. Tynnodd sylw at fentrau fel y cynllun anhwylderau cyffredin, a oedd yn annog pobl i fynd at fferylllydd fel pwynt cyswllt cyntaf, a dywedodd fod hyn yn dechrau gwneud gwahaniaeth sylweddol. Nododd hefyd y bydd pob fferylllydd yn cymhwyso fel presgripsiynwyr annibynnol yn fuan<sup>91</sup>, ac y byddai hynny'n darparu cyfleoedd pellach i wella rôl y tîm amlddisgyblaethol:

*“Mae'r datblygiadau hyn yn golygu bod sawl dewis ar gael i'r cyhoedd o ran sut a ble i gael mynediad at driniaeth am ddim ar gyfer ystod eang o afiechydon cyffredin gan weithwyr proffesiynol sydd wedi'u hyfforddi'n briodol, heb fod angen apwyntiad â meddyg teulu. Mae'r gwasanaethau hyn yn helpu*

---

<sup>88</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 60

<sup>89</sup> [Y Pwyllgor Iechyd a Diogelwch, 12 Tachwedd 2025, papur 1](#)

<sup>90</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 66

<sup>91</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 73

*i reoli'r galw am ofal sylfaenol ac yn galluogi meddygon teulu i ganolbwyntio'u hamser a'u harbenigedd ar ofal mwy cymhleth a pharhad i'r rhai sydd ei angen.*<sup>92</sup>

## Ein barn ni

**116.** Yn ôl Cyngor Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol, mae meddygaeth deulu yn wynebu argyfwng, gyda gostyngiad yn nifer y practisau meddygon teulu o 516 yn 2002 i 374 yn 2023. Mae llawer o'i aelodau yn sôn am lwyth gwaith anghynaliadwy, oriau hir, a chynnydd yn y galw gan gleifion, sy'n arwain at straen a lludded. Caiff hyn ei waethygu ymhellach gan anawsterau wrth recriwtio a chadw staff, yn enwedig mewn ardaloedd difreintiedig.

**117.** Mae dros hanner y partneriaid meddyg teulu yn dweud eu bod yn ansicr a fyddant yn dal i fod yn eu swydd ymhen tair blynedd, ac mae llawer o feddygon teulu hŷn yn agosáu at oedran ymddeol, sy'n golygu y gall fod ymadawiadau ar raddfa fawr. Yn baradoesaidd, dywedwyd wrthym fod meddygon teulu sydd newydd gymhwyso a staff locwm yn ei chael hi'n anodd dod o hyd i waith parhaol oherwydd bod practisau'n dweud na allant fforddio eu cyflogi oherwydd cyfyngiadau ariannol.

**118.** Credwn fod angen cynllun gweithlu cynhwysfawr ar gyfer meddygaeth deulu i sicrhau bod digon o gyflenwad o feddygon teulu newydd a chlinigwyr eraill i fodloni'r galw yn y dyfodol. Dylai'r cynllun hwn fod yn rhan o ddull cydgysylltiedig, ehangach o ystyried y gweithlu ehangach ar draws GIG Cymru, a dylai gefnogi'r agenda drawsnewid o symud gofal yn nes at y cartref.

**119.** Er bod gwerth y tîm amlddisgyblaethol yn cael ei gydnabod a'i gefnogi, mewn llawer o achosion mae'n rhoi mwy o bwysau ar feddygon teulu o ran goruchwyllo'r tîm. Rydym yn cytuno â thystion bod angen strategaeth genedlaethol i ymwreiddio gwaith tîm amlddisgyblaethol effeithiol ledled Cymru. Dylai hyn gynnwys modelau gwasanaeth safonedig, cyllid cynaliadwy, llwybrau atgyfeirio clir, a buddsoddiad yn y seilwaith ffisegol a'r seilwaith digidol.

**Argymhelliad 5.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru ddatblygu cynllun gweithlu ar gyfer meddygaeth deulu i sicrhau bod cyflenwad digonol o feddygon teulu newydd a chlinigwyr eraill i ateb y galw yn y dyfodol. Dylai'r cynllun hwn fod yn

---

<sup>92</sup> [Y Pwyllgor Iechyd a Diogelwch, 12 Tachwedd 2025, papur 1](#)

rhan o ddull ehangach, cydgysylltiedig o ystyried y gweithlu ehangach ar draws GIG Cymru, a chefnogi'r agenda drawsnewid o symud gofal yn nes at y cartref.

**Argymhelliad 6.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru ddatblygu strategaeth genedlaethol i ymwreiddio gwaith tîm amlddisgyblaethol effeithiol ym maes gofal sylfaenol ledled Cymru. Dylai hyn gynnwys modelau gwasanaeth safonol, cyllid cynaliadwy, llwybrau atgyfeirio clir, a buddsoddiad yn y seilwaith ffisegol a digidol.

**120.** Gall y tîm amlddisgyblaethol gynnig gofal sydd wedi'i deilwra'n fwy priodol yn dibynnu ar gyflwr y claf, ac mae angen sicrhau bod y cyhoedd yn fwy ymwybodol o'r manteision ehangach y gall y tîm eu cynnig. Felly, mae yna gorff o waith i'w wneud i esbonio rolau aelodau timau amlddisgyblaethol a hyrwyddo'r gwasanaethau a ddarperir ganddynt, a fydd yn helpu cleifion i ddeall bod nyrsys, fferyllwyr, ffisiotherapyddion a gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd eraill yn gallu mynd i'r afael yn ddiogel â llawer o anghenion, heb i bobl orfod gweld meddyg teulu.

**Argymhelliad 7.** Dylai Llywodraeth Cymru, ar y cyd â byrddau iechyd a phractisau meddygon teulu, ddatblygu ymgyrch ymwybyddiaeth y cyhoedd i:

- hyrwyddo gwell dealltwriaeth o rôl y tîm amlddisgyblaethol a'i fanteision ehangach i iechyd a phrofiad cleifion.
- hyrwyddo rôl staff desg flaen practisau cyffredinol wrth frysbennu cleifion i sicrhau eu bod yn gweld yr ymarferydd mwyaf priodol.

## 5. Anghydraddoldebau iechyd a'r ddeddf gofal gwrthgyfartal

**121.** Mae'r ddeddf gofal gwrthgyfartal yn nodi bod argaeledd gofal meddygol da yn tueddu i amrywio'n wrthgyfartal â'r angen amdano yn y boblogaeth. Yn syml, y rhai sydd angen gofal iechyd fwyaf, fel arfer mewn ardaloedd difreintiedig, yw'r rhai sydd lleiaf tebygol o'i dderbyn.

**122.** Nododd dystiolaeth gan Deep End Cymru:

*"People are getting sick too young and are dying too young, because of the circumstances they are born into. Poverty makes people physically and mentally unwell. In mitigating the impact of these determinants of health, we trust the NHS at least to be fair and effective and efficient in dealing with everyone.*

*However, we have been disinvesting in the services that add most value to life (primary care and social care) and we have been distributing our investment inequitably (those who need the care the most, are least likely to receive it)."<sup>93</sup>*

**123.** Yn ôl Doctors in Unite Cymru, nid yw baich afiechyd wedi'i wasgaru'n gyfartal ledled Cymru ac mae graddiannau arwyddocâd yn amlwg yn ôl anfantais economaidd-gymdeithasol, rhywedd, ethnigrwydd a statws iechyd sylfaenol, er enghraifft, mae cleifion â phroblemau iechyd meddwl difrifol hefyd yn cael mwy o afiechyd corfforol, a hynny'n anghymesur:

*"Women in our most socially disadvantaged areas have 17 years less healthy life expectancy and 10 more years of poor health compared to those in the most advantaged areas. And these are problems that are getting worse and inequalities increasing."<sup>94</sup>*

**124.** Er bod practisau meddygon teulu yn y cymunedau mwyaf difreintiedig yng Nghymru yn wynebu lefelau anghymesur o uchel o salwch cronig, llythrennedd iechyd is, a chleifion sy'n ceisio cymorth ar gyfer clefydau ar gamau datblygedig,

---

<sup>93</sup> GP52 Deep End Cymru

<sup>94</sup> GP22 Doctors in Unite Cymru

maent yn aml yn gweithredu gyda llai o adnoddau na phractisau mewn ardaloedd mwy cefnog.

**125.** Nododd dystiolaeth gan Deep End Cymru<sup>95</sup>:

*“Welsh GP practices with more patients from most deprived areas receive less funding, with practices in most deprived areas receiving around 5% less funds (£50-60k a year).”<sup>96</sup>*

**126.** Aeth ymlaen i nodi bod gan bobl lawer mwy o anghenion anfeddygol mewn ardaloedd mwy difreintiedig sy'n effeithio ar eu hiechyd corfforol a meddyliol, a llwyth gwaith meddygaeth deulu:

*“We know that many individuals and families come to their GP Practice with problems that cannot be solved by the NHS alone. We know that what keeps people well is much more about their circumstances, such as their financial security, their housing, their social connections.*

*It is estimated that 1 in 5 GP appointments are for non-medical issues such as housing, loneliness, relationships or debt. The personal experience of our Deep End GPs is these are factors in at least a third of the consultations that we have with patients in the most deprived communities and vulnerable groups.”<sup>97</sup>*

**127.** Nid yw modelau ariannu cyfredol, gan gynnwys fformiwla Carr-Hill, yn adlewyrchu'r cymhlethdod a'r heriau economaidd-gymdeithasol sy'n wynebu'r poblogaethau hyn.

**128.** Dywedodd Dr Neil James, Cadeirydd Deep End Cymru, wrthym:

*“The Carr-Hill formula seems to favour age over deprivation. So, if you want a needs-based formula, it needs to favour deprivation as much, equally, or perhaps greater than age. So, at the moment, practices with high elderly populations benefit from the Carr-Hill formula, even though those elderly populations may be in very affluent areas. And it doesn't take account of the fact that younger deprived communities can*

---

<sup>95</sup> Rhwydwaith o bractisau meddygon teulu sy'n gwasanaethu'r cymunedau mwyaf difreintiedig yng Nghymru yw Deep End Cymru.

<sup>96</sup> GP52 Deep End Cymru

<sup>97</sup> GP52 Deep End Cymru

*outstrip the demand of elderly populations in affluent areas. So, it needs to recognise deprivation.”<sup>98</sup>*

**129.** Clywsom hefyd fod mwy o risg y bydd practisau mewn ardaloedd difreintiedig yn cau neu'n uno o gymharu â'r rhai mewn ardaloedd mwy cyfoethog. Dywedodd yr Athro Adrian Edwards wrthym:

*“So, in the Deep End practices that we're talking about, in this poorest quintile, 10 per cent of the practices closed or merged in the last three years, compared to 2.8 per cent elsewhere.”<sup>99</sup>*

**130.** Dywedodd Deep End Cymru fod practisau meddygon teulu yn yr ardaloedd mwy difreintiedig yn boddi'n dawel:

*“There are many more general practices that have closed or merged in deprived communities than in more rural areas  
Since January 2022, 18 GP practices have closed or merged:*

- 10 of top 100 Deep End practices = 10%;
- 8 of remaining 290 practices = 2.8%.<sup>100</sup>

**131.** Ychwanegodd Dr Neil James:

*“So, once you've lost the practice, you've lost goodwill, but more importantly, it's disastrous for patient health. Because in deprived areas, in Deep End, continuity is important; it's far more important than access.”<sup>101</sup>*

**132.** Clywsom fod gan feddygaeth deulu y potensial i fynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd drwy ei chyrrhaeddiad cymunedol a'i ffocws ar atal salwch. Fodd bynnag, mae practisau, yn enwedig mewn ardaloedd difreintiedig, yn wynebu pwysau cynyddol. Mae rhanddeiliaid yn dadlau bod angen buddsoddiad hirdymor a diwygiadau i'r system gyfan i alluogi meddygaeth deulu i chwarae rhan ganolog wrth fynd i'r afael ag anghydraddoldeb drwy ddull sy'n canolbwyntio ar y gymuned. Dywedodd BMA Cymru wrthym:

---

<sup>98</sup> Cofnod y Trafodion, 6 Tachwedd 2025, paragraff 47

<sup>99</sup> Cofnod y Trafodion, 6 Tachwedd 2025, paragraff 41

<sup>100</sup> GP52 Deep End Cymru

<sup>101</sup> Cofnod y Trafodion, 6 Tachwedd 2025, paragraff 36

*“GPs are uniquely positioned to address health inequalities as the first point of contact for most patients. To address health inequalities in Wales, investing in general practice must be a priority.”<sup>102</sup>*

**133.** Dywedodd Nia Boughton, Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru:

*“There needs to be an absolute refocus on this urgently. If we are to significantly impact on the health inequalities in Wales, if we are really committed to working towards a prevention and population health-focused service, then we’ve got to stop directing all the attention and all the monies into secondary care.”<sup>103</sup>*

**134.** Tynnodd Doctors in Unite Cymru sylw at Adroddiad Blynyddol Prif Swyddog Meddygol Cymru 2015-16<sup>104</sup>, a ddadleuodd dros symud tuag at “gyffredinolïaeth gymesur” i fynd i’r afael â’r anghydraddoldebau iechyd yng Nghymru. Nododd ei dystiolaeth:

*“He [the Chief Medical Officer for Wales] said a one size fits all health and care service will not allocate resources in line with need and could end up exacerbating rather than alleviating health inequalities. Almost a decade on this still true.”<sup>105</sup>*

**135.** Cododd Deep End Cymru bryderon nad oedd polisïau recriwtio a chadw staff y GIG yn mynd i’r afael yn ddigonol â chydraddoldeb iechyd. Dywedodd nad yw polisïau’n rhoi digon o flaenoriaeth i ofal sylfaenol ac nad ydynt yn annog pobl i ymgymryd â rolau sy’n gwasanaethu cymunedau mwy difreintiedig a grwpiau agored i niwed:

*“In general practice, people tend to work where they train, and many young health workers are highly motivated and keen to be supported into such roles, if they only got the opportunity. We strongly believe that there should be more training on health equity for all healthcare students, and for all staff working in the NHS.”<sup>106</sup>*

---

<sup>102</sup> GP34 BMA Cymru

<sup>103</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 32

<sup>104</sup> [Ailgydbwyso gofal iechyd. Adroddiad Blynyddol Prif Swyddog Meddygol Cymru 2015-16](#)

<sup>105</sup> GP22 Doctors in Unite Cymru

<sup>106</sup> GP52 Deep End Cymru

**136.** Yn yr un modd, nododd Doctors in Unite Cymru pa mor bwysig ydyw bod meddygon dan hyfforddiant yn cael cyfleoedd i ddysgu mewn practisau mewn ardaloedd dan anfantais gymdeithasol. Dywedodd fod ymchwil wedi dangos bod gweithio a hyfforddi fel meddyg teulu mewn ardaloedd o amddifadedd economaidd-gymdeithasol yn heriol, a bod practisau mewn ardaloedd o'r fath yn llai tebygol o gynnig hyfforddiant i ddarparu feddygon teulu. Tynnodd sylw at y cynllun cymhelliant ar gyfer y sawl sy'n hyfforddi i fod yn feddygon teulu, sydd eisoes o fudd i rannau o Gymru, a dywedodd y dylai'r cynllun hwn gael ei adolygu i asesu a ellir gwneud mwy i ddarparu cyfleoedd hyfforddi yn y cymunedau mwyaf difreintiedig lle nad oes digon o feddygon.<sup>107</sup>

**137.** Awgrymodd Dr James Pink, partner meddyg teulu yng Nghaerdydd, hefyd y dylid rhoi cymhellion i feddygon weithio mewn ardaloedd llai poblogaidd yng Nghymru.

*“One way that we could do this is with the scheme we’ve already got, which is the partnership premium payment. There’s no reason at all why, with some clever maths, we couldn’t weight that so that you get £1,000 per session to be a GP in Cardiff, let’s say, or a GP partner in Cardiff, but you get £3,000 a session to be a GP somewhere less popular.*

*That would be a very small investment on the bigger picture, to get people to commit to surgeries outside of the popular areas, and within our schemes already.”<sup>108</sup>*

## Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru

**138.** Fel y nodwyd yn flaenorol, mae'r Ysgrifennydd Cabinet eisoes wedi ymrwymo i adolygu'r fformiwla dyrannu swm craidd (Carr-Hill), a ddylai helpu i fynd i'r afael â'r anghydraddoldebau ariannu sy'n peri anfantais i bractisau mewn ardaloedd lle mae mwy o angen.

**139.** Ym mis Mehefin 2025, cyhoeddodd Llywodraeth Cymru becyn newydd o fesurau i leihau salwch y gellir ei atal a gwella canlyniadau iechyd hirdymor. Mewn datganiad ysgrifenedig, ymrwymodd yr Ysgrifennydd Cabinet i weithio gyda Sefydliad Tegwch Iechyd Syr Michael Marmot i ddod yn “Genedl Marmot”:

---

<sup>107</sup> GP22 Doctors in Unite Cymru

<sup>108</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 71

*“Yn ymarferol, bydd hyn yn golygu gweithio gyda nifer o gymunedau ar draws Cymru i leihau anghydraddoldebau iechyd gan ddefnyddio egwyddorion Marmot, fel y mae Torfaen wedi'i wneud mor llwyddiannus ers i Gwent ddod yn rhanbarth Marmot.”<sup>109</sup>*

**140.** Aeth ymlaen i ddweud y byddai'n gosod rheoliadau i orfodi cyrff cyhoeddus i ddefnyddio asesiadau effaith ar iechyd mewn rhai amgylchiadau er mwyn cryfhau'r dull iechyd ym mhob polisi:

*“Nid gwaith y GIG yn unig yw atal salwch. Rhaid iddo fod yn ganolog i'n holl wasanaethau.”<sup>110</sup>*

## Ein barn ni

**141.** Mae'n destun pryder clywed bod y Ddeddf Gofal Gwrthgyfartal yn dal yn amlwg iawn yng Nghymru, gyda thystiolaeth bod cymunedau difreintiedig yn derbyn llai o ofal na chymunedau mwy cefnog. Rydym yn gwybod eisoes o'n hymchwiliad i gefnogi pobl â chyflyrau cronig<sup>111</sup>, bod gan y rhai sy'n byw yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig ddisgwyliad oes byrrach a'u bod yn treulio llai o'u bywydau mewn iechyd da. Felly, mae'n rhaid sicrhau bod mynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd yn flaenoriaeth yn yr holl ddiwygiadau a wneir i feddygaeth deulu, gan sicrhau bod y cymunedau mwyaf agored i niwed yn cael mwy o gymorth, nid llai.

**142.** Rydym wedi cael gwybod bod meddygon teulu mewn sefyllfa unigryw i fynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd fel pwynt cyswllt cyntaf i'r rhan fwyaf o gleifion. O'r herwydd, rydym yn cytuno â thystion; os yw Llywodraeth Cymru yn wirioneddol ymrwymedig i fynd i'r afael ag anghydraddoldebau iechyd yng Nghymru, mae angen newid pwyslais gwirioneddol o ofal eilaidd i wasanaethau ataliol a gwasanaethau sy'n canolbwyntio ar iechyd y boblogaeth.

**143.** Mae Llywodraeth Cymru wedi ymrwmo i wneud Cymru yn 'Genedl Marmot' fel rhan o'i strategaeth i leihau anghydraddoldebau iechyd, a bydd yn darparu cyllid a chymorth cenedlaethol am ddwy flynedd i sawl awdurdod lleol ddod yn 'arloeswyr' a mynd ati'n gynnar i weithredu egwyddorion Marmot. Dylai Llywodraeth newydd Cymru nodi ei safbwynt ar egwyddorion Marmot, gan

---

<sup>109</sup> [Datganiad Ysgrifenedig: Atal salwch, Mehefin 2025](#)

<sup>110</sup> [Datganiad Ysgrifenedig: Atal salwch, Mehefin 2025](#)

<sup>111</sup> [Cefnogi pobl sydd â chyflyrau cronig, Ionawr 2025](#)

gynnwys sut mae'n bwriadu parhau â'r gwaith sydd eisoes yn mynd rhagddo yn y maes hwn ac ymwreiddio ac ehangu'r rhaglen ymhellach.

**Argymhelliad 8.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru gadarnhau ei safbwynt o ran rhaglen Cenedl Marmot a mabwysiadu wyth egwyddor Marmot yn gyson ar draws pob adran. Dylai hyn gynnwys manylion am:

- Sut mae'n bwriadu parhau â'r gwaith yn y maes hwn;
- Llinellau cyfrifoldeb am gyflawni camau tegwch iechyd ar lefelau cenedlaethol, rhanbarthol a lleol;
- Trefniadau monitro, gan gynnwys adrodd ar gynnydd a chanlyniadau i'r cyhoedd.

**144.** Rydym eisoes wedi sôn ym Mhennod 3 am fformiwla Carr-Hill a'r gwahaniaethau canlyniadol mewn cyllid i bractisau mewn ardaloedd difreintiedig, ac rydym yn croesawu ymrwymiad Llywodraeth Cymru i adolygu'r fformiwla. Fodd bynnag, mae practisau meddygon teulu yng Nghymru sydd â mwy o gleifion o'r ardaloedd mwyaf difreintiedig yn cael llai o gyllid ac mae angen mynd i'r afael â hyn ar frys.

**145.** Gall penderfynyddion cymdeithasol ehangach, megis addysg, tai a chyflogaeth i gyd gael effaith ar iechyd corfforol a meddyliol pobl. Er ein bod yn croesawu ymrwymiad Llywodraeth Cymru i sicrhau bod mwy o gydweithio trawslywodraethol yn digwydd, gan gynnwys cyflwyno Rheoliadau Asesiadau o'r Effaith ar Iechyd (Cymru) 2025, credwn fod angen gwneud mwy i fynd i'r afael â'r penderfynyddion ehangach hyn sy'n effeithio ar iechyd a lles.

**146.** Clywsom fod meddygon teulu yn fwy tebygol o ymgymryd â swyddi lle maent yn hyfforddi ond nad yw polisiâu recriwtio a chadw yn mynd i'r afael â thegwch iechyd yn ddigonol nac yn annog unigolion i ymgymryd â rolau sy'n gwasanaethu cymunedau mwy difreintiedig. Felly, rydym yn cytuno â thystion bod angen i Lywodraeth Cymru edrych ar ffyrdd o gymell meddygon teulu i ymgymryd â chyfleoedd mewn cymunedau mwy difreintiedig neu gymunedau sy'n cael eu tanwasanaethu, gan gynnwys y posibilrwydd o ehangu cynlluniau cymhelliant sy'n bodoli eisoes.

**Argymhelliad 9.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru edrych ar ffyrdd o gymell meddygon teulu i ymgymryd â chyfleoedd mewn cymunedau mwy difreintiedig neu gymunedau sy'n cael eu tanwasanaethu. Dylai hyn gynnwys ystyried y

posibilrwydd o ehangu cynlluniau cymhelliant sy'n bodoli eisoes, megis y taliad premiwm partneriaeth.

## 6. Y rhyngwyneb rhwng gofal sylfaenol a gofal eilaidd

**147.** Nododd meddygon teulu fod cyfrifoldebau'n cael eu trosglwyddo'n gynyddol o ofal eilaidd i feddygaeth deulu, ac nad yw hynny'n cael ei gydnabod yn aml. Roedd hyn yn cynnwys cychwyn rhoi meddyginiaethau, rheoli gweithgareddau dilynol ar ôl rhyddhau cleifion o'r ysbyty, ac ymateb i alwadau 111 y GIG, gan gynnwys y rhai o'r llinell gymorth iechyd meddwl brys. Mae natur ddigynllun y trosglwyddiad hwn wedi arwain at anghysondeb rhwng cyfrifoldebau ac adnoddau, ac wedi codi pryderon moesegol am ddiogelwch ac atebolrwydd clinigol.

**148.** Dywedodd Dr Richard Stratton, partner meddyg teulu ym Mhowys, wrthym fod gwaith (megis apwyntiadau dilynol arferol gyda meddygon ymgynghorol) yn cael ei wneud ar hyn o bryd mewn gofal eilaidd a allai symud i leoliad gofal sylfaenol:

*"So, there is a real scope for a planned shift of care closer to home. But what we've seen is an unplanned shift, which is a request on the discharge form, 'Please follow up the blood tests.' The responsibility for following up on tests that you've organised remains with that clinician. There is an ethical and professional boundary here that is constantly being breached at the moment."*<sup>112</sup>

**149.** Dywedodd Paul Mears, Prif Weithredwr Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg, y gallai fod tensiwn rhwng gofal sylfaenol a gofal eilaidd, yn enwedig pan oedd claf yn cael ei ryddhau ond bod angen profion neu fonitro pellach arno, a fyddai wedyn yn cael ei drosglwyddo i'r meddyg teulu:

*"I do think there is an opportunity for us to join up a lot more those relationships and get those conversations going more actively so that the needs of general practice, and their role in that pathway of care, are understood by hospital clinicians as much as GPs understand the hospital doctors' perspective."*<sup>113</sup>

---

<sup>112</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 111

<sup>113</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 397

**150.** Awgrymodd Dr Tom Kneale, meddyg teulu yn Rhuthun, fod y rhyngwyneb rhwng gofal sylfaenol a gofal eilaidd wedi dod yn anoddach yn y cyfnod ar ôl y pandemig, ac aeth ymlaen i ddweud:

*“I think that understanding has slightly drifted as well between what general practice can do and should do and what’s going on in secondary care. I think if we can improve that understanding between the two, I hope that things would get better for patient outcome.”<sup>114</sup>*

**151.** Dywedodd Dr Jonny Currie, arweinydd polisi Deep End Cymru a phartner meddyg teulu yng Nghasnewydd, wrthym:

*“We don’t have time to build relationships with our teams, never mind with the local services, never mind with that lack of any interface and relationship with hospital consultants, which has made it very adversarial.”<sup>115</sup>*

**152.** Yn ôl Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant (Cymru), er bod Model Gofal Sylfaenol Cymru yn hyrwyddo gweithio di-dor ar draws gwasanaethau gofal sylfaenol ac eilaidd, mae angen gwneud mwy i wella’r rhyngwyneb hwn. Dywedodd:

*“An RCPCH Wales survey (2024) found that nearly half of members (48%) wanting the Welsh Government to prioritise the interface between community, primary, secondary and tertiary care.”<sup>116</sup>*

**153.** Awgrymodd Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru fod y diffyg cyfathrebu rhwng gwasanaethau gofal sylfaenol ac eilaidd yn aml yn golygu bod yn rhaid i gleifion ailesbonio eu symptomau, eu cyflyrau neu eu hanghenion i bob gwasanaeth y byddent yn ei weld.<sup>117</sup>

**154.** Dywedodd Dr James Pink, partner meddyg teulu yng Nghaerdydd, fod practisau wedi gweld mwy o waith yn cael ei drosglwyddo o ofal eilaidd i ofal sylfaenol. Roedd clefydau cronig a arferai gael eu rheoli mewn clinigau cleifion

---

<sup>114</sup> Cofnod y Trafodion, 7 Gorffennaf 2025, paragraff 176

<sup>115</sup> Cofnod y Trafodion, 6 Tachwedd 2025, paragraff 64

<sup>116</sup> GP46 Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant (Cymru)

<sup>117</sup> GP15 Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru

allanol ysbytai yn cael eu rheoli ym maes gofal sylfaenol erbyn hyn, bron bob amser heb i gyllid gael ei drosglwyddo.<sup>118</sup>

**155.** Yn yr un modd, dywedodd Dr Virginia Iles, meddyg teulu yng Nghaerdydd, wrthym:

*“Furthermore the shift of workload from secondary to primary care, for example complex diabetes, severe mental illness, and cardiac failure, while positive, has not been accompanied by commensurate funding.”<sup>119</sup>*

**156.** Soniodd rhanddeiliaid eraill am brofiadau cymysg o drosglwyddo gofal. Roedd rhai gwasanaethau fel monitro gwrthgeulyddion a gofal diabetes wedi trosglwyddo'n effeithiol pan sicrhawyd bod digon o arian i wneud hynny, tra roedd meysydd fel clinigau methiant y galon yn dioddef o ffiniau ac atebolrwydd aneglur.

**157.** Dywedodd Dr Elin McCarthy, partner meddyg teulu yn Abertawe, wrthym fod amwysedd gwirioneddol ynghylch pwy ddylai fod yn ariannu'r clinigau methiant y galon:

*“These clinics are, essentially, worked by specialist nurses, with secondary care consultants overseeing it. But any tests that are done are put in the name of the GP and by default those patients in those clinics are very elderly, complex and more susceptible to really serious illness. So, often, these blood tests come back abnormal, and it's the GP who has to read it, the GP who has to action it, and the GP who has to ensure the patient's safety.”<sup>120</sup>*

**158.** Aeth ymlaen i ddweud, pe gallai pethau fod yn gliriach, neu pe gallai arian gael ei ddarparu'n benodol ar gyfer y rhyngwyneb lle mae gofal sylfaenol ac eilaidd yn cydweithio, byddai hynny nid yn unig o fudd i'r cleifion ond i'r clinigwyr hefyd.

---

<sup>118</sup> GP21 Dr James Pink

<sup>119</sup> GP58 Dr Virginia Iles

<sup>120</sup> Cofnod y Trafodion, 7 Gorffennaf 2025, paragraff 115

## Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru

**159.** Dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet wrthym y byddai CDSS (gwasanaeth atodol cydweithredol o dan gyfarwyddyd) yn darparu gwelededd tymor hwy ynghylch yr adnoddau sy'n cael eu darparu i ofal sylfaenol:

*"it provides confidence that, as well as shifting funding (...) from secondary into primary (...) it also means that activity."*<sup>121</sup>

**160.** Gwnaethom ofyn i'r Ysgrifennydd Cabinet pa gymorth fyddai'n cael ei ddarparu yn ystod y broses drawsnewid hon, o ystyried bod practisau meddygon teulu eisoes yn ei chael hi'n anodd ymdopi â'r newid anstrwythuredig mewn cyfrifoldebau o ofal eilaidd i feddygaeth deulu.

**161.** Dywedodd wrthym ei bod yn her gyffredin i weinidogion fod strategaeth neu bolisi yn gwthio i un cyfeiriad, tra bod y pwysau ariannu yn gwthio i'r cyfeiriad arall:

*"This feels to me like one of those areas where, actually, those two things are pushing in the same direction, because what we want to see from a policy point of view is more of these services delivered locally to people. And also what we want to see is more funding being moved into primary care, because we know (...) that there are incredible pressures there. So, I think this is a golden opportunity, if you like, to align those, and we've got to make sure we deliver it."*<sup>122</sup>

**162.** Aeth ymlaen i ddweud, yn ogystal â'r hyn oedd yn digwydd ar lefel leol, y byddai rhaglen genedlaethol hefyd i yrru hyn ymlaen, a fyddai'n ymgysylltu â byrddau iechyd ac ymarferwyr yn uniongyrchol:

*"And there'll be clear metrics, clear performance indicators, in the way that committees often press us to put in place, and we'll be publishing those as well. So, it'll be a transparent process as well, which I think is really important."*<sup>123</sup>

---

<sup>121</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 10

<sup>122</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 13

<sup>123</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 14

## Ein barn ni

**163.** Dywedodd meddygon teulu wrthym fod gwaith yn cael ei wneud ar hyn o bryd ym maes gofal eilaidd a all gael ei symud i leoliad gofal sylfaenol, gan leddfu'r pwysau ar ysbytai. Fodd bynnag, yr hyn maent yn ei weld ar hyn o bryd yw tasgau yn cael eu symud mewn ffordd anstrwythuredig heb adnoddau cyfatebol nac atebolrwydd clir, ac mae hyn yn arwain at rywfaint o densiwn rhwng y ddau sector.

**164.** Clywsom hefyd fod perthnasoedd rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd wedi dod yn anoddach ar ôl y pandemig, o bosibl oherwydd diffyg dealltwriaeth am wahanol rolau'r ddau sector. Mae cynrychiolwyr byrddau iechyd yn cydnabod y gall fod rhywfaint o densiwn rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd, ac yn awgrymu bod angen agor sgysiau i greu gwell dealltwriaeth rhyngddynt.

**165.** Rydym yn cydnabod, lle mae gwasanaethau'n cael eu trosglwyddo i ofal sylfaenol gyda'r lefel briodol o gynllunio ac adnoddau, y gall hyn fod yn effeithiol iawn. Felly, credwn fod angen cytundebau strwythuredig ac atebolrwydd ar y rhyngwyneb rhwng gofal sylfaenol a gofal eilaidd i sicrhau bod unrhyw achos o drosglwyddo cyfrifoldebau yn cael ei gynllunio, yn cael ei gefnogi gan drefniadau llywodraethu clinigol clir ac yn cael yr adnoddau sydd eu hangen.

**Argymhelliad 10.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru ei gwneud yn ofynnol i fyrddau iechyd sefydlu mecanweithiau ffurfiol i gryfhau perthnasoedd a chyd-ddealltwriaeth rhwng gofal sylfaenol ac eilaidd. Gallai hyn gynnwys fforymau clinigol ar y cyd rheolaidd, cyfleoedd i rannu hyfforddiant, a phrosesau cytunedig ar gyfer datrys problemau ar y rhyngwyneb.

**Argymhelliad 11.** Dylai Llywodraeth Cymru fandadu datblygu cytundebau ffurfiol rhwng gofal eilaidd a gofal sylfaenol ar gyfer unrhyw wasanaethau a drosglwyddir allan o ysbytai. Dylai'r rhain wneud y canlynol:

- diffinio cyfrifoldebau timau ysbytai a phractisau meddygon teulu;
- sicrhau bod cyllid a staffio yn "dilyn y claf" i ofal sylfaenol ar gyfer pob gwasanaeth a drosglwyddir;
- cynnwys trefniadau llywodraethu clinigol clir, gan gynnwys atebolrwydd am uwchgyfeirio a risg glinigol.

## 7. Llais y meddyg teulu

**166.** Clywsom gan randdeiliaid fod meddygaeth deulu, a gofal sylfaenol yn ehangach, yn parhau i gael eu tangynrychioli ar lefelau strategol ledled GIG Cymru. Nid oes gan y rhan fwyaf o fyrddau iechyd gyfarwyddwr gweithredol ar gyfer gofal sylfaenol – bwlch sy'n atgyfnerthu'r canfyddiadau bod y sector yn cael ei danbrizio.

**167.** Nododd meddygon teulu nad ydynt yn ymwneud rhyw lawer â chynllunio gwasanaethau a phenderfyniadau strategol, er gwaethaf eu harbenigedd rheng flaen a'u dealltwriaeth ddofn o anghenion cleifion. Nodwyd bod penderfyniadau yn aml yn cael eu gwneud heb ymgynghori â nhw, gan arwain at rwystredigaeth ac ymddieithrio ymhlith ymarferwyr. Dywedodd John Williams, Rheolwr Practis o Wreccsam, wrthym:

*"It often feels as if there's an imposition of ideas on primary care, rather than asking us what would work best for our areas."*<sup>124</sup>

**168.** Awgrymodd Deep End Cymru nad yw arweinyddiaeth GIG Cymru yn rhoi digon o bwys ar arbenigedd a gwerth gofal sylfaenol wrth gyfrannu at benderfyniadau strategol ar gyfer trawsnewid:

*"These voices with solutions are not heard while there is disconnection between government, Health Boards and primary care. That dissonance means that there is no clear understanding of the structural problems that face general practice, particularly in areas of high deprivation, and hence the structural problems persist down the generations."*<sup>125</sup>

**169.** Mynegwyd pryderon tebyg gan grwpiau proffesiynol eraill. Dywedodd Steve Simmonds, Fferylliaeth Gymunedol Cymru, wrthym:

*"the problem that pharmacy has traditionally faced, and still faces, to some extent, is that it's almost like an ancillary profession [...] I'm not convinced it's part of board conversations"*

<sup>124</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 43

<sup>125</sup> GP52 Deep End Cymru

*at health board level. It always seems to be that the conversation is always on a lower level within a health board.*<sup>126</sup>

**170.** Pwysleisiodd tystion fod cynrychiolaeth gryfach yn hanfodol i wrthdroi'r gostyngiad hirdymor mewn cyllid, sicrhau bod gwasanaethau'n adlewyrchu arferion yn y byd go iawn, a chefnogi modelau gofal integredig a chynaliadwy.

**171.** Galwodd Dr Ian Harris, Pwyllgor Meddygon Teulu Cymru, am newidiadau i gyfeiriad polisïau ar lefel lywodraethol:

*"It's a policy decision that the focus is on the shiny bit of the healthcare service, if you like—the hospital end—and that isn't just at health board level; I believe it's a policy decision at governmental level currently that needs to change. We're making that argument, but it's trying to turn around a supertanker, because the direction of travel with funding and policy over the years has been to relatively de-fund general practice and primary care in favour of other sectors."*<sup>127</sup>

**172.** Er ei fod yn cytuno bod angen cynrychiolaeth gryfach, galwodd Dr Neil James, Cadeirydd Deep End Cymru, hefyd ar i'r cynrychiolwyr hynny fod yn hyddysg mewn materion yn ymwneud ag anghydraddoldeb iechyd:

*"Because if you think about it, in Wales over 50 per cent of our households are said to be deprived. It's a huge proportion of the population."*<sup>128</sup>

**173.** Cydnabu cynrychiolwyr byrddau iechyd fod angen i feddygon teulu gael mwy o lais mewn byrddau iechyd. Tynnodd Paul Mears, Prif Weithredwr, BIP Cwm Taf Morgannwg, sylw at ddarn o waith sy'n cael ei wneud gan y prif swyddog meddygol i ddatblygu rhaglen gymorth ym maes gofal sylfaenol:

*"She [the Chief Medical Officer], as part of that, is wanting to talk about, from a professional perspective, how she as the CMO gets more of the GP voice into the bigger strategic conversations in Government as well, because I think it's about that at every level, in clusters, in health boards and in Government, we need to be making sure that the perspectives*

---

<sup>126</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 265

<sup>127</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 32

<sup>128</sup> Cofnod y Trafodion, 6 Tachwedd 2025, paragraff 72

*and views of GPs are being listened to and shaped, and that we're able to work with them on that agenda.*"<sup>129</sup>

**174.** Fodd bynnag, codwyd pryderon ynghylch gallu meddygon teulu i wneud hyn. Dywedodd Elaine Lorton, Bwrdd Iechyd Addysgu Powys, wrthym:

*"When we're talking about releasing clinician time to do that, that means that they're then not available to deliver direct patient care, and, if we don't feel there's enough capacity to deliver direct patient care, how do we engage and how do we ensure that we are getting that voice, that perspective, those views, at each point that we need it?"*<sup>130</sup>

## Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru

**175.** Ailadroddodd yr Ysgrifennydd Cabinet y pwynt a wnaed gan fyrddau iechyd, sef efallai nad oes amser gan feddygon teulu i ymgysylltu, er enghraifft, â'r rhaglen drawsnewid.

**176.** Cydnabu fod angen sicrhau bod llais meddygon teulu, ac ymarferwyr gofal sylfaenol yn ehangach, yn cael ei glywed ond nododd fod strwythurau eisoes ar waith:

*"So, we already have mechanisms for cluster-level leadership to feed into the health board planning cycle in their integrated medium-term plan planning cycle."*<sup>131</sup>

**177.** Gwnaethon ofyn i'r Ysgrifennydd Cabinet a ddylai fod yn ofynnol i fyrddau iechyd benodi Cyfarwyddwr Gweithredol pwrpasol ar gyfer gofal sylfaenol i gryfhau cynrychiolaeth ac ymwreiddio safbwyntiau gofal sylfaenol yn y broses o wneud penderfyniadau.

**178.** Ymatebodd drwy ddweud bod rheoliadau ar waith eisoes a oedd yn ei gwneud yn ofynnol i bob bwrdd iechyd benodi aelod pleidleisio a fyddai'n gyfrifol am ofal sylfaenol, iechyd meddwl a gwasanaethau cymunedol a bod pob bwrdd iechyd yn cydymffurfio â hyn. Nododd ymhellach fod is-gadeiryddion wedi cael y dasg benodol o gynrychioli llais gwasanaethau sylfaenol a chymunedol yn ystod trafodaethau'r bwrdd:

---

<sup>129</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 428

<sup>130</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 430

<sup>131</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 23

*“So, bluntly speaking, if there isn’t sufficient focus at a health board level in board discussions on primary and community care, the first port of call is to engage with vice-chairs and say, ‘Well, what are you doing to make sure that the voice of primary is being heard more completely at that level?’”<sup>132</sup>*

**179.** Dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet ei fod o’r farn bod angen newid yn y ffordd y mae byrddau iechyd yn blaenoriaethu eu ffocws:

*“Perhaps understandably, a huge amount of focus goes on secondary care because we know what happens in hospitals, we know how critical it is that they function well and we understand the pressures that are very real. And often health board executives have more experience of a secondary care setting, bluntly.*

*But really, in a rational system, you would say that since most people’s experience of the NHS is, in fact, in the primary care space most of the time, that is where you should start your planning.”<sup>133</sup>*

## Ein barn ni

**180.** Er gwaethaf y ffaith bod ganddynt gyfoeth o arbenigedd a dealltwriaeth o anghenion eu cleifion, mae meddygon teulu yn nodi nad ydynt yn cael eu cynrychioli’n ddigonol ar lefelau strategol ar draws GIG Cymru. Ychydig iawn o fyrddau iechyd sydd â chyfarwyddwr gweithredol ar gyfer gofal sylfaenol, ac mae’r bwlch hwn yn atgyfnerthu canfyddiadau bod y sector yn cael ei danbriso.

**181.** Mae meddygon teulu yn nodi nad ydynt yn ymwneud rhyw lawer â chynllunio gwasanaethau a gwneud penderfyniadau strategol, gan ddweud bod penderfyniadau’n aml yn cael eu gwneud heb ymgynghori, gan arwain at rwystredigaeth ac ymddieithrio ymhlith ymarferwyr.

**182.** Mae rhanddeiliaid yn sôn am ddatgysylltiad rhwng y llywodraeth, byrddau iechyd a gofal sylfaenol, sy’n arwain at ddiffyg dealltwriaeth o’r problemau strwythurol sy’n wynebu meddygaeth deulu. Mae cynrychiolaeth gryfach yn hanfodol, yn eu barn nhw, i wrthdroi’r gostyngiad hirdymor mewn cyllid, sicrhau bod gwasanaethau’n adlewyrchu arferion yn y byd go iawn, a chefnogi modelau

---

<sup>132</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 23

<sup>133</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 24

gofal integredig a chynaliadwy, ac maent yn galw am newidiadau yng nghyfeiriad polisiau ar lefel lywodraethol.

**183.** Roedd y dystiolaeth a roddwyd i'n hymchwiliad yn tynnu sylw at y ffaith nad oes gan fyrddau iechyd Gyfarwyddwr Gweithredol ar gyfer Gofal Sylfaenol ar hyn o bryd, ac nad yw dyrannu gofal sylfaenol i aelod presennol o'r bwrdd yn ddigonol. Felly, credwn y dylai pob bwrdd iechyd gynnwys uwch arweinydd penodedig ar gyfer gofal sylfaenol yn ei dîm gweithredol.

**Argymhelliad 12.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru hyrwyddo'n gryf yr angen i bob bwrdd iechyd gynnwys uwch arweinydd penodedig ar gyfer gofal sylfaenol yn ei dîm gweithredol.

## 8. Modelau practisau

### Model contractwr annibynnol

**184.** Y model mwyaf cyffredin o hyd ar gyfer meddygaeth deulu yng Nghymru yw'r model contractwr annibynnol, lle mae meddygon teulu yn gweithredu fel partneriaid hunangyflogedig o dan gontract gyda'r GIG. Y model contractwr annibynnol yw'r strwythur a ffefrir o hyd ar gyfer meddygaeth deulu yng Nghymru ymhlith meddygon teulu a'u cyrff proffesiynol, gan ei fod yn rhoi ymreolaeth i feddygon teulu wneud penderfyniadau sy'n diwallu anghenion eu cleifion orau, yn darparu parhad gofal cryfach, ac yn cynnig hyblygrwydd i arloesi.

**185.** Fodd bynnag, nid yw'r model contractwr annibynnol yn ddi-risg. Mae contractwyr annibynnol yn ysgwyddo'r holl rwymedigaethau ariannol a'r risgiau sy'n gysylltiedig â rhedeg practis yn bersonol. Clywsom y gallai'r risgiau ariannol a gweithredol hyn sy'n gysylltiedig â rolau partneriaeth fod yn atal meddygon iau, y mae llawer ohonynt yn ffafrio rolau â chyflog nawr sy'n cynnig mwy o sefydlogrwydd. Yn ôl Conffederasiwn GIG Cymru:

*“The traditional model of partnership in general practice is facing a decline in appeal. The financial rewards are often less attractive compared to opportunities in secondary care or salaried positions. Moreover, the substantial financial commitment required for partnership, encompassing mortgages, staffing costs, and business responsibilities, poses a significant barrier for younger professionals. This lack of new partners creates a detrimental cycle, increasing the workload on existing partners and further diminishing the attractiveness of the independent contractor model.”<sup>134</sup>*

**186.** Yn yr un modd, awgrymodd Doctors in Unite Cymru fod y nifer cynyddol o feddygon teulu cyflogedig a methiant llawer o bartneriaethau contractwyr presennol yn codi amheuaeth ynghylch dyfodol y model busnes bach o feddygaeth deulu. Dywedodd:

*“Very many organisations including a House of Lords Select Committee, NHS Confederation Wales, the Kings Fund, Nuffield Trust and the IPPR have called into question its long term*

---

<sup>134</sup> GP32 Conffederasiwn GIG Cymru

*viability with newly qualified doctors expressing concerns about workload, business bureaucracy and financial commitments.”<sup>135</sup>*

## **Practisau a reolir gan fyrddau iechyd**

**187.** Mae'r model practis a reolir yn golygu bod practisau meddygon teulu yn cael eu rheoli'n uniongyrchol gan fyrddau iechyd er mwyn parhau i ddarparu gwasanaethau meddygol sylfaenol yn ardal y practis hwnnw. Bydd byrddau iechyd yn gweithredu'r practis gyda meddygon teulu cyflogedig a/neu feddygon teulu locwm sesiynol a gyflogir yn uniongyrchol, ochr yn ochr â thîm ehangach y practis. Fel arfer, mae hyn yn digwydd pan fydd partneriaid meddygon teulu wedi rhoi eu contractau gwasanaethau meddygol cyffredinol yn ôl, yn aml o ganlyniad i bwysau recriwtio neu ariannol.

**188.** Ym mis Mehefin 2025, roedd 24 o bractisau yn cael eu rheoli gan fyrddau iechyd ledled Cymru, gyda 12 wedi'u lleoli ym Mwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr, chwech yn Hywel Dda, pump yn Aneurin Bevan, ac un yng Nghwm Taf Morgannwg.

**189.** Yn ôl Conffederasiwn GIG Cymru:

*“Directly managed practices by health boards provides an element of financial stability, access to wider support and resources, and greater opportunity to integrate services. However, the model reduces autonomy at a practice level and is not cost effective with current funding model.”<sup>136</sup>*

**190.** Yn gyffredinol, ystyrir bod practisau a reolir gan fyrddau iechyd yn llai costeffeithiol, yn bennaf oherwydd costau rheoli uwch a'r angen i gyflogi meddygon teulu locwm sesiynol. Dywedodd BMA Cymru:

*“We acknowledge that the model is necessary in some areas to ensure the continued provision of primary medical services for patients that would otherwise have no access to healthcare. However, it is not a preferred long-term solution due to its higher costs and inefficiencies.”<sup>137</sup>*

---

<sup>135</sup> GP22 Doctors in Unite Cymru

<sup>136</sup> GP32 Conffederasiwn GIG Cymru

<sup>137</sup> GP34 BMA Cymru

**191.** Dywedodd Dr Ian Harris, Pwyllgor Ymarferwyr Cyffredinol Cymru, wrthym:

*“The reports that we get back are that the services tend not to be as all encompassing as they are in a GMS contracted practice. The continuity isn’t as real, because clearly what you’ve got is health boards bringing in staff, and generally you will find salaried and locum staff will be more mobile, so you’re unlikely to have the same GP in a managed practice as you would.”<sup>138</sup>*

**192.** Dywedodd Dr Tom Kneale, meddyg teulu yn Rhuthun, ei fod yn teimlo y gallai fod diffyg perchnogaeth weithiau gyda phractisau a reolir:

*“[...] because within the GMS contract they’re my patients, I live in the same area as them, I have to get it right and if I don’t, I’ll hear about it at the school gates. I don’t necessarily think that happens within that managed environment. You see your patients, you leave the building, job done, really, so that value is lost.”<sup>139</sup>*

**193.** Cwestiynodd pam nad oedd unrhyw werthusiad o bractisau a reolir wedi’i gynnal a galwodd am gymorth strategol i atal contractau rhag cael eu dychwelyd:

*“Because once the contract’s gone back—and it costs 30 per cent more for a health board to run—returning that practice then to GMS is incredibly difficult, because you have services that are up and running with existing staffing that the health board may have augmented, and, then, when a practice comes in, it has to TUPE those people across and has increased running costs. The key to this has to be stopping that practice getting to managed status in the first place.”<sup>140</sup>*

## **Practisau meddygon teulu sy’n dosbarthu meddyginiaeth**

**194.** Practisau meddygon teulu yw’r rhain sydd â “chydysniad amlinellol” i ragnodi a chyflenwi meddyginiaethau’n uniongyrchol i’w cleifion, yn hytrach na rhoi presgripsiynau i fferyllfa eu llenwi. Mae’r model hwn yn gwasanaethu poblogaethau gwledig neu anghysbell yn bennaf lle mae cleifion yn byw mwy

---

<sup>138</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 86

<sup>139</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 88

<sup>140</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 98

nag 1.6 km i ffwrdd oddi wrth fferyllfa, yn aml mewn ardaloedd lle nad oes llawer o drafnidiaeth gyhoeddus a lle mae angen teithio'n bell. Mae practisau dosbarthu yn bodoli mewn ardaloedd lle nad yw fferyllfeydd masnachol yn hyfyw yn ariannol.

**195.** Yn y dystiolaeth a gafwyd gan Gymdeithas Meddygon Dosbarthu Cymru<sup>141</sup>, codwyd pryderon difrifol ynghylch cynaliadwyedd practisau meddygon teulu sy'n dosbarthu meddyginiaeth yng nghefn gwlad Cymru, ac ynghylch anghydraddoldebau systemig yn y ffordd y cânt eu hariannu a'u cefnogi.

**196.** Mae'n dweud nad yw ffioedd dosbarthu wedi cadw i fyny â chostau cynyddol, sy'n cynnwys cynnydd i'r isafswm cyflog cenedlaethol, cyfraniadau Yswiriant Gwladol Cyflogwyr a chostau ynni.

**197.** Mae Cymdeithas y Meddygon Dosbarthu Cymru yn tynnu sylw at y ffaith nad oes contract sy'n benodol i Gymru; mae practisau dosbarthu yng Nghymru yn gweithredu o dan fodel sydd wedi'i gysylltu'n llwyr â thrafodaethau contract yn Lloegr:

*“Despite their importance, dispensing practices are tied to a contractual framework set in England, leaving them without a direct voice in Welsh policy decisions.”*

**198.** Mae'n galw am greu contract dosbarthu ac amlen ariannu annibynnol i Gymru, gan alluogi trafodaethau, goruchwyliaeth ac adolygiadau yng Nghymru.

**199.** Mae'n dweud, er bod fferyllfeydd cymunedol ledled Cymru wedi elwa ar gyllid arloesi digidol, roedd practisau meddygon teulu sy'n dosbarthu meddyginiaeth wedi'u heithrio o'r cyllid hwn:

*“Despite providing the same NHS medicines supply service, they must rely on manual processes with no access to capital for automation or infrastructure support.”*

**200.** At hynny, mae'n nodi bod rhai practisau'n wynebu straen ariannol sylweddol, gyda rhai yn ystyried cyflogi llai o staff, darparu llai o wasanaethau neu hyd yn oed dychwelyd eu hawliau dosbarthu.

---

<sup>141</sup> GP62 Cymdeithas Meddygon Dosbarthu Cymru

## Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru

**201.** Cadarnhaodd yr Ysgrifennydd Cabinet, er nad model y contractwr annibynnol oedd yr unig fodel hyfyw, mai hwnnw fyddai'r model mwyaf cyffredin yng Nghymru o hyd gan ei fod yn gosteffeithiol, yn hyblyg, ac yn annog arloesedd:

*"I think that those are all good things that we want to encourage. So, I really want to make sure that the model is accessible and effective from a patient point of view, but also attractive from the point of view of GPs."*<sup>142</sup>

**202.** Dywedodd, er gwaethaf pwysau ariannol a heriau o ran y gweithlu, fod Llywodraeth Cymru yn gweithio i wella cynaliadwyedd y model contractwr annibynnol, gan gynnwys mwy o gyllid ar gyfer gwasanaethau meddygol cyffredinol, comisiynu ar lefel clwstwr, gwelliannau i'r ystad, a hyblygrwydd rheoleiddiol:

*"The fundamental point is, in an independent contractor model, there is an element of risk that is inevitable and inherent. We need to make sure that the rewards of practice are also in balance with the risks."*<sup>143</sup>

**203.** Pan ofynnwyd iddo a oedd yn ystyried bod practisau a reolir gan fyrddau iechyd yn ateb dros dro i broblemau gyda'r model contractwr annibynnol, dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet wrthym ei fod yn ei weld yn fwy fel 'economi gymysg':

*"I don't think I would say it's a temporary element. Some will be, obviously. Some will be using it as a means of stabilising a practice and reintroducing it to an independent contractor model, but others will recognise, perhaps, the challenge in recruitment to particular geographic areas."*<sup>144</sup>

**204.** Dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet, yn dilyn profiad eHarley Street, fod gwaith yn cael ei wneud i adolygu'r canllawiau ar gyfer contractau a'r fframweithiau sicrwydd, ac y byddai'n agored i newidiadau i gontractau pe bai'r adolygiad hwnnw'n awgrymu bod angen gwelliannau.

---

<sup>142</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 78

<sup>143</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 81

<sup>144</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 83

**205.** O ran practisau meddygon teulu sy'n dosbarthu meddyginiaeth, cydnabu'r Ysgrifennydd Cabinet eu bod yn wynebu heriau penodol mewn ardaloedd gwledig oherwydd cyfraddau talu wedi'u rhewi ac incwm is wrth i gyfnodau presgripsiynau gael eu hymestyn.

**206.** Yn ei ddatganiad ysgrifenedig, a ryddhawyd ar 12 Rhagfyr 2025, cyhoeddodd yr Ysgrifennydd Cabinet y byddai'r trefniadau ar gyfer meddygon dosbarthu hefyd yn cael eu cynnwys yn y gwaith sy'n cael ei wneud i yrru gwelliannau cyfredol a gwelliannau yn y dyfodol ymlaen. Dywedodd fod hyn:

*"yn arwydd pellach o'r ymrwymiad i sicrhau bod pob agwedd ar feddygaeth deulu yn ymateb i anghenion lleol."*<sup>145</sup>

## Ein barn ni

**207.** Er mai'r model contractwr annibynnol yw'r model practisau mwyaf cyffredin yng Nghymru o hyd, rydym yn pryderu bod y risgiau ariannol a gweithredol sy'n gysylltiedig â dod yn bartner meddyg teulu yn atal meddygon iau, y mae'n well ganddynt y sefydlogrwydd a'r cydbwysedd rhwng bywyd a gwaith a gynigir gan rôl gyflogedig. Mae'r duedd hon, ynghyd â gweithlu meddygon teulu sy'n heneiddio, yn codi pryderon ynghylch cynaliadwyedd y model contractwr annibynnol yn yr hirdymor. Er ein bod yn croesawu'r gwaith y mae Llywodraeth Cymru yn ei wneud i wella cynaliadwyedd, rydym o'r farn bod angen edrych hefyd ar y materion sy'n atal meddygon iau rhag ymgymryd â rolau partneriaeth, a sut y gellir sicrhau bod y rolau partneriaeth hynny yn fwy apelgar.

**208.** Mae rôl i bractisau a reolir gan fyrddau iechyd mewn rhai amgylchiadau, i sicrhau bod gwasanaethau gofal iechyd yn cael eu cynnal. Fodd bynnag, clywsom bryderon am orddibyniaeth ar feddygon locwm a'r costau uwch sy'n ymwneud â phractisau a reolir, yn ogystal â phryderon ynghylch profiad cleifion a pharhad gofal.

**209.** Mae'n amlwg, unwaith y caiff contract meddyg teulu ei ddychwelyd i'r bwrdd iechyd, ei bod hi'n anodd iawn iddo ddychwelyd i statws contractwr annibynnol wedyn. Dylid gwneud pob ymdrech i gefnogi practisau sy'n ei chael hi'n anodd cadw eu statws fel contractwr annibynnol. Lle nad yw hynny'n bosibl, mae angen canllawiau clir a meini prawf gwerthuso i sicrhau bod practisau a reolir gan

<sup>145</sup> [Datganiad Ysgrifenedig: Diwygio'r Contract Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol ar gyfer 2025-26, 12 Rhagfyr 2025](#)

fyrddau iechyd yn cynnal ansawdd, parhad gofal, ac ymgysylltiad cymunedol, ac i'w helpu i ddychwelyd i statws contractwr annibynnol lle y bo'n briodol.

**210.** Er bod enghreifftiau o arferion da mewn practisau a reolir gan fyrddau iechyd, rydym o'r farn bod angen ymgymryd â gwaith yn y maes hwn i asesu eu cost, eu hansawdd, profiad cleifion a chanlyniadau parhad yn well, ac i nodi enghreifftiau o arferion da gyda'r bwriad o'u cyflwyno ledled Cymru.

**Argymhelliad 13.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru gomisiynu gwerthusiad annibynnol o bractisau a reolir gan fyrddau iechyd i asesu eu cost, eu hansawdd, profiad cleifion, a chanlyniadau parhad o gymharu â phractisau contractwyr annibynnol. Dylai'r gwaith hwn gynnwys ystyried enghreifftiau o arferion gorau i'w rhannu ledled Cymru.

**211.** Mae gan feddygon dosbarthu rôl hanfodol i'w chwarae mewn cymunedau gwledig. Felly, mae'n bryderus nodi'r materion a godwyd gan Gymdeithas Meddygon Dosbarthu Cymru ynghylch cynaliadwyedd practisau meddygon teulu sy'n dosbarthu meddyginiaeth yng nghefn gwlad Cymru, a'r anghydraddoldebau yn y ffordd y cânt eu hariannu a'u cefnogi. Rydym yn croesawu'r gweithgor sydd wedi'i sefydlu i edrych ar y trefniadau ar gyfer meddygon dosbarthu, ac yn pwysu am i'r gwaith hwn ddigwydd ar frys. Fel rhan o'r gwaith hwn, credwn y dylid ystyried contract dosbarthu neu ddull ariannu penodol i Gymru sy'n adlewyrchu costau ac anghenion practisau dosbarthu yng nghefn gwlad Cymru yn hytrach na'u hymrwymo i fframwaith cytundebol a bennwyd yn Lloegr.

**212.** Rydym hefyd o'r farn bod angen buddsoddi mwy mewn atebion digidol ar gyfer practisau meddygon teulu sy'n dosbarthu meddyginiaeth er mwyn mynd i'r afael ag allgáu digidol gwledig a chefnogi moderneiddio, a'u rhoi ar sail gyfartal â fferyllfeydd cymunedol.

**Argymhelliad 14.** O fewn 100 diwrnod ar ôl dod i rym, dylai Llywodraeth newydd Cymru ysgrifennu at ein pwyllgor olynol i gadarnhau ei hymrwymiad i barhau â'r gwaith i adolygu trefniadau ar gyfer meddygon dosbarthu a'r amserlenni ar gyfer hyn.

## 9. Seilwaith a thrawsnewid digidol

### Seilwaith ac ystadau

**213.** Mae moderneiddio'r ystad meddygaeth deulu yn ffactor pwysig sy'n galluogi uchelgais Llywodraeth Cymru i ddarparu mwy o ofal yn nes at y cartref i gael ei chyflawni. Cynigiodd adroddiad a gyhoeddwyd yn 2021<sup>146</sup> i lywio datblygiad yr ystad gofal sylfaenol yng Nghymru yn y dyfodol, a gomisiynwyd gan Lywodraeth Cymru, fap trywydd cenedlaethol ar gyfer gwella adeiladau gofal sylfaenol. Tynnodd sylw at yr angen am fuddsoddiad cydgysylltiedig, modelau perchnogaeth cliriach, a data gwell ar gyflwr ystadau.

### Cyflwr yr ystad meddygaeth deulu

**214.** Dywedodd tystion wrthym fod cyflwr ystadau meddygaeth deulu ledled Cymru yn amrywio. Er bod rhai adeiladau yn fodern ac yn addas i'r diben, roedd llawer ohonynt wedi dyddio, wedi'u cynnal yn wael, a doedd ganddyn nhw ddim y lle sydd ei angen i gefnogi timau amlddisgyblaethol, hyfforddiant, ac ehangu gwasanaethau. Roedd hyn yn cyfyngu ar y gallu i symud gofal yn nes at y cartref.

**215.** Dywedodd Dr Virginia Iles, meddyg teulu yng Nghaerdydd, fod llawer o adeiladau'n mynd yn hen a bod angen buddsoddiad sylweddol. Yn wir, yn ei phraxis ei hun, roedd ffenestri yn gollwng, hen unedau clinigol wedi torri, lloriau â chraciau ynddynt a seddi wedi'u staenio:

*"Partnerships do not have additional funding to repair these buildings, and rent reimbursement does not keep up with the inflated cost of maintenance. There are no significant grants or funding available to help with this. Most older buildings have insufficient space to take on further primary care employees or trainees."<sup>147</sup>*

**216.** Yn yr un modd, dywedodd Dr Elin McCarthy, partner meddyg teulu yn Abertawe, wrthym:

<sup>146</sup> Future Approach to Planning Primary Care Premises in Wales. Medi 2021

<sup>147</sup> GP58 Dr Virginia Iles

*"[...] when we can see that there's some funding available, you really have to fight and fight your cause. There are so many obstacles and it's really restrictive."*

**217.** Aeth ymlaen i ddweud ei bod yn ymwybodol o feddygon teulu a oedd wedi bod heb foeler ers 12 mis, felly doedden nhw ddim wedi cael dŵr poeth, ac roedd yn rhaid iddynt eistedd mewn ymgyngoriadau mewn cot neu ddod â'u gwresogyddion eu hunain i mewn.

*"You need new couches, you need to have hot running water. But that is the state of affairs, and it's heartbreaking. And you haven't got space then to train your students or your registrars, so it's a vicious circle. You lose that opportunity to attract people into general practice."<sup>148</sup>*

**218.** Nododd arolwg a gynhaliwyd gan Gymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru anawsterau y mae gweithio mewn adeiladau hŷn yn eu hachosi, gyda phroblemau fel lleithder, mannau cyfyng, rheolaeth tymheredd gwael, a'r her o gynnal glendid.<sup>149</sup>

**219.** Nododd Dr Neil James, Cadeirydd Deep End Cymru, ei fod yn fater bach, ond hefyd yn fater mawr. Dywedodd:

*"Primary care estates are incredibly variable. I know that's not an easy solution because it involves capital investment, but estates make a big difference. The quality of the estate, the premises, makes a big difference on the working environment. I know there aren't many terraced houses out there that also serve as GP surgeries anymore, but still, many of them are dated and not particularly aesthetically nice places or professional places to work."<sup>150</sup>*

**220.** Dywedodd Conffederasiwn GIG Cymru fod diffyg ystad meddygaeth deulu ddigonol yn rhwystr sylweddol i ddarparu gwasanaethau, arloesi, lles y gweithlu a phrofiad cleifion, a waethygyd ymhellach gan:

---

<sup>148</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 142

<sup>149</sup> Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru

<sup>150</sup> Cofnod y Trafodion, 6 Tachwedd 2025, paragraff 105

*“The scarcity of capital funding and the limited availability of alternative funding sources. Even when funding is accessible, the capital development process is complex.”<sup>151</sup>*

## **Gwaith tîm amlddisgyblaethol**

---

**221.** Cododd nifer o dystion bryderon ynghylch effaith yr ystad meddygaeth deulu ar waith tîm amlddisgyblaethol.

**222.** Nododd arolwg Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru fod gofod ffisegol yn bryder mawr i lawer o ymatebwyr:

*“A common issue is the lack of clinical rooms, which can result in pharmacists having to share spaces with other healthcare professionals or deliver consultations in less-than-ideal environments. In some cases, pharmacists are forced to work from home or use non-clinical spaces, such as meeting or tea rooms, for telephone consultations.”<sup>152</sup>*

**223.** Dywedodd Liz Hallett o'r Gymdeithas Fferyllol Frenhinol wrthym:

*“[...] there are lots of antiquated buildings with limited space, not enough patient access, or difficult patient access. So, even with the best will in the world, if you wanted to employ a pharmacist, where are you going to put that pharmacist into that building? You do want them to have the opportunity to be part of that multidisciplinary team, to be able to go and knock on that doctor's door, to have that query about a patient.”<sup>153</sup>*

**224.** Cafodd ei alw'n fater o gydraddoldeb o ran parch gan Calum Higgins, Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi. Dywedodd:

*“If you haven't got the same facilities as the GP in the practice, the same sort of room set-up, as an AHP practicing there, you're seen as an afterthought by the patients as well. You need to be integrated into the structure of the building, the plan of how*

---

<sup>151</sup> GP32 Conffederasiwn GIG Cymru

<sup>152</sup> GP60 Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru

<sup>153</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 295

*your patients will come into the GP surgery and see you as a professional equal to the others there.*<sup>154</sup>

**225.** Cododd Steve Simmonds, Fferyllfa Gymunedol Cymru, faterion ynghylch cydraddoldeb hefyd:

*“So, if we’re part of primary care, then we really need access to the estates funding that the rest of primary care has, and to get rid of some of the crazy anomalies there. For instance, a GP practice will pay business rates, a pharmacy practice will pay business rates. The GP practice sends the bill to [...] the health board, to pay it; the pharmacy practice puts its hand in its pocket and writes a cheque. Either we’re part of primary care or we’re not, and if we are part, then ‘Please treat us as equals in primary care’ is the plea.”*<sup>155</sup>

**226.** Cytunodd Paul Mears, Prif Weithredwr BIP Cwm Taf Morgannwg, fod amrywiaeth eang o ystadau ar draws ardal ei fwrdd iechyd, gyda rhai cyfleusterau newydd sbon, wedi’u hadeiladu at y diben, ac eraill a oedd yn is na’r safon ac yn anaddas at y diben:

*“As always with these things, there is a process by which you prioritise investment in those practices. We’ve done quite a lot of investment in CTM over the years on the primary care estate, but I’d also say there’s something (...) about how we get better at using the collective estate. Actually, if you look across the public sector estate, or even just the NHS estate in locations, we often have quite a bit of capacity. It’s just that it’s not always in the right place or being used for the right purposes.”*<sup>156</sup>

**227.** Ychwanegodd fod angen cydnabod bod rhai practisau yn berchen ar eu hadeiladau eu hunain:

*“(...) and there is that tension about how much of that we as a health board can control and how much of it sits with the practices.”*<sup>157</sup>

---

<sup>154</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 133

<sup>155</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 301

<sup>156</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 485

<sup>157</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 486

## Risg ariannol

**228.** Fel arfer, mae meddygon teulu yn meddiannu eu hadeiladau mewn un o ddwy brif ffordd: perchnogaeth lwyr neu rentu. Dywedodd Dr Richard Stratton, partner meddyg teulu o Bowys, wrthym:

*“In general practice, we’re expected to provide our own premises. That can be through our own funding, we might own it, we might lease it off somebody else and, in some cases, the health board own and lease the premises. So, there are various states of general practice property, premises, depending on the motivations of the partners or the occupants within that.”<sup>158</sup>*

**229.** Mae partneriaid meddygon teulu yn aml yn ysgwyddo atebolrwydd personol am brydlesi neu forgeisi, gan greu risg ariannol sy’n atal recriwtiaid newydd rhag ymuno â phartneriaethau. Nododd tystiolaeth gan Goleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru fod adeiladau yn gost ac yn bryder sylweddol i feddygon teulu, gan fod prydles neu forgais yn cael ei ariannu’n anuniongyrchol gan y GIG, ond y partner sy’n atebol:

*“This can create a significant financial challenge if their practice becomes unviable, a particular stress faced by partners in the ‘last person standing’ scenario where they are the final GP after others have left the partnership. In addition, a potential new partner could be discouraged by having to take out a loan to buy in to the practice.”<sup>159</sup>*

**230.** Disgrifiodd Dai Williams, Fferyllfa Gymunedol Cymru, ei brofiad:

*“I’ve been lucky enough to get a grant this year to put an extension on the back of my pharmacy to try and increase the number of consulting rooms to a proper standard. I’ve still got to find £150,000 of my own money to do that. That’s a massive investment at my age, where I’m thinking, ‘I’m not sure where the future of primary care is.’”<sup>160</sup>*

**231.** Ychwanegodd:

<sup>158</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 137

<sup>159</sup> GP38 Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru

<sup>160</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 298

*"(...) it's not just the investment, it's the confidence of the people working in it to think that the risk is worthwhile of putting that investment in. So, unless you can get the assurance of a plan for primary care and confidence that it's worth investing in, then the key players won't invest in those improvements."<sup>161</sup>*

## Trawsnewid digidol

**232.** Mae trawsnewid digidol yn un o brif gonglfeini gweledigaeth hirdymor Llywodraeth Cymru ar gyfer iechyd a gofal, fel yr amlinellir yn Cymru Iachach<sup>162</sup> a'r Strategaeth Digidol a Data ar gyfer Iechyd a Gofal Cymdeithasol yng Nghymru (2023)<sup>163</sup>. Mae'r strategaeth yn hyrwyddo dull 'digidol yn gyntaf' i wella canlyniadau, hygyrchedd ac effeithlonrwydd drwy ddefnydd gwell o ddata a thechnoleg, gan bwysleisio mynediad amser real at wybodaeth am gleifion, gwell rhyngweithredadwyedd, ac offer fel Ap GIG Cymru.

**233.** I gefnogi hyn, datblygodd Iechyd a Gofal Digidol Cymru Strategaeth Ddigidol Gofal Sylfaenol (2024–2027)<sup>164</sup>, sy'n canolbwyntio ar ddarparu'r seilwaith, y cyfarpar a'r hyfforddiant sydd eu hangen ar feddygaeth deulu a gwasanaethau eraill i ddarparu gofal diogel ac effeithlon sy'n canolbwyntio ar y claf. Mae'n tynnu sylw at bwysigrwydd llythrennedd digidol, systemau sy'n gallu rhyngweithredu, ac arloesedd a arweinir gan bractisau.

## Diffyg integreiddio / systemau anghydawns

---

**234.** Dywedwyd wrthym fod y seilwaith digidol ym maes meddygaeth deulu ar ei hôl hi, gyda systemau hen ffasiwn ac integreiddio gwael ar draws GIG Cymru. Adroddodd meddygon teulu rwystredigaeth gyda chynnydd araf a chydweithredu cyfyngedig gan Iechyd a Gofal Digidol Cymru, ac absenoldeb parhaus offer sylfaenol fel e-ragnodi.

**235.** Dywedodd Dr James Pink, partner meddyg teulu yng Nghaerdydd, fod potensial i gael gwasanaeth iechyd gwirioneddol gydgysylltiedig yng Nghymru pe bai'r systemau TG a threfniadau llywodraethu gwybodaeth yn cael eu cydgysylltu:

*"Sadly, the reality is that GPs, district nurses, community pharmacists, opticians, dentists and hospital doctors all use*

---

<sup>161</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 298

<sup>162</sup> [Cymru Iachach: ein Cynllun Iechyd a Gofal Cymdeithasol](#)

<sup>163</sup> [Strategaeth digidol a data ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol yng Nghymru. Gorffennaf 2023](#)

<sup>164</sup> [Iechyd a Gofal Digidol Cymru. Strategaeth Gofal Sylfaenol 2024-2027. Chwefror 2024](#)

*different IT systems, with often only limited access to the patient's medical record if at all. This is as frustrating as it is dangerous.*"<sup>165</sup>

**236.** Dywedodd John Williams, Rheolwr Ymarfer o Wrecsam, wrthym:

*"Wales uses a slightly old fashioned IT coding system for its medical records. Whereas in England particularly, and in lots of them in the other Western world, they use a code called SNOMED. Changing to SNOMED coding has been part of the Welsh Government route-map for seven years, but it still hasn't happened in primary care. What that means in practical terms is that there are lots of off-the-shelf solutions, particularly in AI, which could really transform our sustainability overnight, but they depend upon that coding to operate."*<sup>166</sup>

**237.** Yn ôl Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol, mae Cymru wedi bod ar ei hôl hi o ran mabwysiadu technoleg ym maes meddygaeth deulu a'r GIG yn ehangach:

*"Work on the NHS Wales app only seemed to begin after a similar product had been available in England for a couple of years. There remain outstanding questions about how usable it will really be for patients from a general practice perspective. There was a similar late-adopter approach to e-prescribing, the progress of which has been welcome but now seems to be dragging, and also digital shared patient records."*<sup>167</sup>

**238.** Yn yr un modd, dywedodd Dr Virginia Iles, meddyg teulu yng Nghaerdydd, fod technoleg ddigidol yng Nghymru ar ei hôl hi'n sylweddol:

*"We still do not have electronic prescribing, over a decade after England. We are awaiting transfer to EMIS from Vision, and have been for over a year. We have disjointed clunky systems such a non-integrated Radiology request system, non-integrated Consultant advice messaging system. Letters from secondary care can take months to reach us, we still have*

---

<sup>165</sup> GP21 Dr James Pink

<sup>166</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 10

<sup>167</sup> Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru

*paper letters which then have to be scanned into our computer system.*<sup>168</sup>

**239.** Aeth ymlaen i ddweud y gallai technoleg ddigidol a deallusrwydd artiffisial chwyldroi'r GIG, ac y byddai'r arbedion cost yn aruthrol pe bai ysbytai, gofal sylfaenol, nyrsys ardal a fferyllfeydd i gyd yn defnyddio'r un systemau.

**240.** Yn yr un modd, dywedodd Dai Williams, fferyllfydd cymunedol yn y Rhondda, wrthym:

*"I can access the summary care record, so I can get access into the GP record and see a summary of where they are, but I don't get to see everything. I don't get to see pathology laboratory results or letters from hospitals. I don't get read-and-write access to the GP's records. So, there's a danger that the information that I'm getting isn't complete to allow me to make a decision, and I can't then write directly back into that GP record, so there's a chance that, when I communicate that back, it gets lost in the wad of documents that they have sitting there."*<sup>169</sup>

## Rhwystrau

---

**241.** Er bod gan atebion digidol fel cofnodion iechyd electronig a thelefeddygaeth botensial mawr i wella gofal cleifion, nid oes gan lawer o bractisau yr adnoddau na'r seilwaith i weithredu'r atebion hyn yn effeithiol. Nododd dystiolaeth gan Gonffederasiwn GIG Cymru:

*"[...] primary care contractors have limited connectivity to wider systems, poor IT infrastructure, and variable integration, hindering the efficient delivery of care and effectiveness of any digital health solutions."*<sup>170</sup>

**242.** Clywsom hefyd fod practisau yn cael eu hatal gan rwystrau hen ffasiwn a biwrocraidd, megis defnydd parhaus o lofnodion 'gwlyb'<sup>171</sup> yng Nghymru. Dywedodd John Williams wrthym:

---

<sup>168</sup> GP58 Dr Virginia Iles

<sup>169</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 169

<sup>170</sup> GP32 Gonffederasiwn GIG Cymru

<sup>171</sup> Llofnod gwlyb yw llofnod traddodiadol, corfforol a wneir â llaw gydag inc ar bapur

*"I was approached by a start-up company in London who did digital patient registrations, so if a patient wanted to register online with a practice, they could do it. They would fill in the form, they would code it, it would send them health information, it was saving the notes. It would take what takes a person half an hour, maybe 30 seconds, and they wanted to charge us 50p for a patient. I thought, 'That's fine. It will save so much money, that's great.' They were willing to work in Wales, and the barrier was that, in Wales, we still need a wet signature on a patient registration form."<sup>172</sup>*

**243.** Gallai materion llywodraethu gwybodaeth hefyd fod yn her wrth rannu data gyda gwasanaethau cymunedol. O dan Reoliad Diogelu Data Cyffredinol y DU (GDPR) a Deddf Diogelu Data 2018, mae practisau meddygon teulu yn rheolwyr data ar gyfer y data personol, cyfrinachol ac iechyd a ddelir ganddynt am eu cleifion. Dywedodd John Williams wrthym:

*"We're often asked to share data or give access to our systems, and completely unredacted access to other normally health board-run community services, which is a huge risk, because you're granting access to departments, and people are very anxious, justifiably, about that."<sup>173</sup>*

**244.** Fodd bynnag, aeth ymlaen i awgrymu bod atebion posibl yn bodoli:

*"Now that Wales is all moving to a single supplier for primary care data systems, EMIS, there's a version of EMIS called EMIS Community where we could grant limited access to district nursing, for example, so they could only see what they needed to see, and that would probably satisfy the information governance requirements better."<sup>174</sup>*

**245.** Rhybuddiodd y byddai cost sylweddol ynghlwm wrth hynny y byddai angen ei hariannu'n ganolog, ond nododd ei fod yn beth eithaf sylfaenol i'w ddatrys, ac y byddai, fwy na thebyg, yn trawsnewid llawer o waith timau amlddisgyblaethol yn y gymuned dros nos.

---

<sup>172</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 149

<sup>173</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 96

<sup>174</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 97

## Llythrennedd digidol

---

**246.** Codwyd y mater o lythrennedd digidol gan nifer o dystion. Yn ôl Doctors in Unite Cymru, ers pandemig Covid roedd tua 1.751 miliwn o apwyntiadau'r mis ar gael yng Nghymru, gyda chyfran sylweddol o'r ymgynghoriadau hyn yn cael eu cynnal ar-lein. Dywedodd, er bod llawer o ddefnyddwyr yn gwerthfawrogi cyfleustra ymgynghoriadau digidol, fod llawer o rai eraill yn teimlo ei fod yn rhwysr. Canfu arolwg Iechyd Cyhoeddus Cymru ar y defnydd o iechyd digidol yng Nghymru<sup>175</sup> mai dim ond 20% oedd yn teimlo bod technoleg yn darparu profiad gwell i gleifion o gymharu â 50% a oedd yn anghytuno. Roedd hyn yn fwy tebygol o fod yn wir ymhlith pobl hŷn ag iechyd gwael.<sup>176</sup>

**247.** Nododd dystiolaeth gan Llais Cymru:

*“Cyda symud i fwy o wasanaethau sydd ar gael ar-lein, neu drwy fformatau testun/negeseuon eraill, mae hyn yn her barhaus gan fod rhai pobl hŷn, a llawer o bobl ag anabledd dysgu, yn dal i gael eu heithrio'n ddigidol. Mewn rhai rhannau gwledig o Gymru mae problem o hyd gyda mynediad digidol yn gyffredinol. Er y gall offer fel Ap y GIG fod yn ddefnyddiol i drefnu apwyntiadau (er enghraifft), mae hyn yn dal i fod angen mynediad i gysylltedd fod ar gael ac i bobl allu defnyddio offer o'r fath.”<sup>177</sup>*

**248.** Dywedodd Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru, er bod technoleg ddigidol yn cynnig cyfleoedd i wella systemau practisau meddygon teulu, ei bod yn hanfodol bod ffyrdd nad ydynt yn ddigidol o ymgysylltu â phractisau meddygon teulu yn cael eu cadw ac yn gweithredu mewn ffordd nad yw'n rhoi pobl hŷn ac eraill nad ydynt ar-lein dan anfantais.<sup>178</sup>

## Arweinyddiaeth

---

**249.** Galwodd tystion am arweinyddiaeth gryfach, cynllunio hirdymor, ac atebion digidol a arweinir gan bractisau. O ran arweinyddiaeth, dywedodd Dr James Pink, partner meddyg teulu yng Nghaerdydd, mai'r hyn oedd ei angen oedd:

---

<sup>175</sup> [Defnydd o'r rhwyngwyd a thechnoleg ddigidol i reoli iechyd yng Nghymru: dewisiadau'r gorffennol y presennol a'r dyfodol](#)

<sup>176</sup> GP22 Doctors in Unite Cymru

<sup>177</sup> GP54 Llais Cymru

<sup>178</sup> GP10 Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru

*“someone who is really IT literate who can also make decisions. Because we’ve got loads of people who are really keen on IT, and none of them seem to find themselves in positions where they can actually influence policy and make it happen.”<sup>179</sup>*

**250.** Roedd Kirsty Brookes, fferylllydd o Ynys Môn, yn cytuno, a dywedodd:

*“I think having somebody who is actually in charge can make decisions happen a lot quicker, because it feels like any progress with technology in the Welsh NHS takes years and years and years to get in place.”<sup>180</sup>*

## Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru

**251.** Cadarnhaodd yr Ysgrifennydd Cabinet fod adolygiad gorchwyl a gorffen o gymorth ystadau ar gyfer meddygaeth deulu ar y gweill, y disgwylir iddo gael ei gyhoeddi cyn y flwyddyn ariannol nesaf.

**252.** Tynnodd sylw hefyd at y Gronfa Gyfalaf Integreiddio ac Ailgydbwysu flynyddol gwerth £70 miliwn a oedd yn cefnogi prosiectau ystad newydd, yn blaenoriaethu modelau a oedd yn symud i ffwrdd oddi wrth wasanaethau meddygol cyffredinol un partner, yn gwahanu gofal brys ac yn hyrwyddo gwaith amlddisgyblaethol a mynediad cyfartal.

**253.** Gwnaethom ofyn i'r Ysgrifennydd Cabinet a oedd wedi rhoi unrhyw ystyriaeth i drosglwyddo cyfrifoldebau am brydlesi o bartneriaid meddygon teulu i fyrddau iechyd, fel ffordd o annog mwy o feddygon teulu i ymrwymo i bartneriaethau. Dywedodd wrthym nad oedd o blaid trosglwyddo cyfrifoldebau am brydlesi i fyrddau iechyd ac eithrio mewn achosion prin oherwydd:

*“there are some very complex accounting implications to that, and there are some complex operational implications to it as well, which mean that it’s not a realistic alternative to the current arrangements.”<sup>181</sup>*

**254.** Roedd y Bwrdd Digidol, Data a Thechnoleg newydd, a sefydlwyd gan y Gweinidog Iechyd Meddwl a Llesiant, yn goruchwyllo cynnydd ym maes trawsnewid digidol. Cadarnhaodd yr Ysgrifennydd Cabinet y byddai pob practis

---

<sup>179</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 153

<sup>180</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 157

<sup>181</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 109

meddyg teulu yn symud i un cyflenwr TG ac yn rhan o system gyffredin erbyn mis Mai 2026:

*“it has much more functionality than some parts of the existing infrastructure, which will help us with those things that we want to do around access to records, the NHS app, and all those good things that we want to see.”<sup>182</sup>*

**255.** Dywedodd hefyd nad oedd yn fwriad i ap GIG Cymru ganiatáu trefnu apwyntiadau meddyg teulu heb gyfyngiad. Byddai brysbennu clinigol yn parhau i fod yn hanfodol:

*“So, we’re never going to get to a position where people can simply book for whatever they like to see a GP, because the GP may not be the best person for them to see.”<sup>183</sup>*

**256.** O ran perchnogaeth data, dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet wrthym fod hyn yn cael ei lywodraethu gan fframweithiau cyfreithiol. Dywedodd fod llawer o waith yn mynd rhagddo yn y maes hwn a nododd y byddai’n hoffi gweld system, yn y pen draw, a oedd yn rhoi hyder i’r claf bod ei ddata yn cael ei ddiogelu a’i amddiffyn ond a oedd hefyd yn sicrhau bod modd defnyddio’r data hwnnw yn briodol, er budd gorau’r claf. Cydnabu’r Ysgrifennydd Cabinet, er bod systemau presennol yn caniatáu mynediad darllen a rhannu nad yw’n ddigidol rhwng fferyllfeydd a meddygon teulu, y byddai mynediad darllen-ysgrifennu i fferyllwyr ac aelodau timau amlddisgyblaethol yn sicrhau bod gwasanaethau’n gallu cael eu hintegreiddio’n well.

## Ein barn ni

### Ystad meddygaeth deulu

---

**257.** Mae rhanddeiliaid yn disgrifio darlun cymysg o’r ystad meddygaeth deulu ledled Cymru. Er bod rhai adeiladau’n fodern ac yn addas i’r diben, mae llawer yn hŷn ac angen eu moderneiddio ar frys, gyda hygyrchedd cyfyngedig a diffyg lle i gefnogi gwaith tîm amlddisgyblaethol. Clywsom am feddygon teulu a oedd yn gorfod gweithio heb wres na dŵr poeth. Mae hyn yn gwbl annerbyniol yn 2026.

---

<sup>182</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 116

<sup>183</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 126

**258.** Clywsom hefyd am broblemau o ran cael gafael ar gyllid grant ar gyfer gwaith cynnal a chadw neu welliannau. Swm cyfyngedig o gyllid cyfalaf sydd ar gael, a lle mae'r cyllid hwnnw ar gael, mae'r broses ymgeisio yn un gymhleth iawn.

**259.** Dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet wrthym fod adolygiad gorchwyl a gorffen o gymorth ystadau ar gyfer meddygaeth deulu ar y gweill ond nid yw'n glir pa gamau gweithredu fydd yn dilyn yr adolygiad hwn a phwy fydd yn gyfrifol am eu cyflawni. Rydym yn cytuno â thystion bod angen strategaeth glir, hirdymor ar gyfer moderneiddio'r ystad gofal sylfaenol. Fodd bynnag, cyn y gellir gwneud hyn, mae angen adolygiad cynhwysfawr o'r ystad meddygaeth deulu i asesu maint y broblem. Dylai gwaith yn y maes hwn gefnogi'r agenda drawsnewid tymor hwy o symud gweithgaredd allan o ofal eilaidd ac i mewn i'r gymuned, a dylai gyfrannu at sicrhau bod yr ystad gofal sylfaenol yn gwbl barod ar gyfer hyn.

**Argymhelliad 15.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru gomisiynu adolygiad cynhwysfawr o'r ystad meddygaeth deulu. Dylai'r gwaith hwn gefnogi'r agenda drawsnewid tymor hwy o symud gweithgarwch allan o ofal eilaidd ac i mewn i'r gymuned, a dylai gyfrannu at sicrhau bod yr ystad gofal sylfaenol yn gwbl barod ar gyfer hyn.

**260.** Mae gwerth y tîm amlddisgyblaethol wedi'i gydnabod eisoes, ond dywedodd tystion wrthym am yr effaith y mae'r ystad meddygaeth deulu yn ei chael ar eu gallu i weithio yn y ffordd hon. Soniodd gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd am orfod cynnal ymgynghoriadau mewn lleoedd nad ydynt yn glinigol, megis ystafelloedd cyfarfod neu ystafelloedd te. Os ydym am newid canfyddiad y cyhoedd ac annog mwy o ddefnydd o'r tîm amlddisgyblaethol, yna mae angen mynediad cyfartal at bawb sy'n darparu gwasanaethau mewn practis.

## **Trawsnewid digidol**

---

**261.** Mae gan dechnoleg y potensial i drawsnewid y ffordd y mae gofal iechyd yn cael ei ddarparu yng Nghymru ond mae ein seilwaith digidol yn ddiffygiol, gyda systemau TGCh tameidiog, rhyngweithredadwyedd gwael, a mynediad darllen/ysgrifennu anghyson sy'n tanseilio gwaith tîm, rhannu data, a diogelwch cleifion. Rydym hefyd ar ei hôl hi o gymharu â Lloegr o ran rhagnodi electronig a chyflwyno Ap y GIG. Rydym yn cytuno â rhanddeiliaid bod potensial i gael gwasanaeth iechyd gwirioneddol gydgysylltiedig yng Nghymru pe bai'r systemau TG a llywodraethu gwybodaeth yn cael eu cydgysylltu.

**262.** Credwn fod angen amserlen glir a fframwaith atebolrwydd ar gyfer cyflawni gwelliannau digidol a rhyngweithredadwyedd ar draws y system. Rydym hefyd yn

cytuno bod angen arweinyddiaeth gryfach i yrru'r agenda trawsnewid digidol ymlaen yn gyflymach.

**Argymhelliad 16.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru ddatblygu amserlen glir a fframwaith atebolrwydd ar gyfer cyflawni gwelliannau digidol a rhyngweithredadwyedd ar draws GIG Cymru, gan gynnwys meddygaeth deulu, gofal eilaidd a gwasanaethau cymunedol.

**263.** Yn ogystal â systemau TGCh sydd wedi dyddio, clywsom fod prosesau sydd wedi dyddio ac sy'n rhy fiwrocraataidd, fel y gofyniad am 'lofnodion gwlyb', yn rhwystro trawsnewid digidol ymhellach yng Nghymru. Credwn y dylai Llywodraeth newydd Cymru adolygu'r arferion hyn, gyda'r bwriad o'u symleiddio a'u moderneiddio.

**Argymhelliad 17.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru adolygu gofynion gweinyddol a rheoleiddiol sydd wedi dyddio sy'n rhwystro trawsnewid digidol (megis yr angen am 'lofnodion gwlyb') gyda'r bwriad o symleiddio, safoni a moderneiddio'r prosesau hyn ledled GIG Cymru.

**264.** Rydym hefyd o'r farn y dylai camau gael eu cymryd i alluogi fferyllwyr a gweithwyr proffesiynol perthynol i iechyd i gael mynediad darllen/ysgrifennu llawn at gofnodion cleifion, a fydd yn helpu i wella diogelwch ac integreiddio gwasanaethau.

**265.** Mae allgáu digidol yn parhau i fod yn broblem sylweddol yng Nghymru. Er bod llawer o bobl yn gwerthfawrogi hwylustod ymgynghoriadau digidol, mae llawer o rai eraill yn ei ystyried yn rhwystr. Mae rhai pobl hŷn, a phobl ag anabledd dysgu, yn dal i gael eu hallgáu'n ddigidol, ac mewn rhai rhannau gwledig o Gymru, mae problem o hyd gyda mynediad digidol. Felly, rhaid i ni ofalu, wrth symud yr agenda ddigidol ymlaen, bod ffyrdd nad ydynt yn ddigidol o ymgysylltu â phractisau meddygol teulu yn cael eu cadw ac yn gweithredu mewn ffordd nad yw'n rhoi pobl nad oeddent yn fodlon neu nad oeddent yn gallu cael mynediad at wasanaethau ar-lein dan anfantais.

## 10. Profiad y claf

### Mynediad at feddygaeth deulu

**266.** Mae mynediad at feddygaeth deulu yn parhau i fod yn her sylweddol ledled Cymru, gyda'r galw yn parhau i fod yn fwy na'r cyflenwad. Mae cleifion yn wynebu amseroedd aros hirach a nifer cyfyngedig o apwyntiadau, yn enwedig mewn cymunedau difreintiedig ac ymhlith y rhai ag anghenion cymhleth.

**267.** Tynnodd y Cyngorydd Lister, y Cyngorydd Thorne a'r Cyngorydd Abdul-Sattar, o Grangetown yng Nghaerdydd, sylw at yr heriau sy'n wynebu cleifion yn eu hardal wrth geisio trefnu apwyntiadau:

*"Many report long wait times on the phone, often resulting in no available appointments once they finally get through. Routine appointments are difficult to secure, leading to a rush for emergency slots, which exacerbates the problem."*<sup>184</sup>

**268.** Er bod y Prif Weinidog wedi cael ei ddyfynnu'n dweud na ddylai pobl fod yn aros am 8am bob dydd i gael apwyntiadau gyda meddyg teulu mwyach<sup>185</sup>, mae'r ciwiau ffôn am 8am yn parhau i fod yn rhwystredigaeth gyffredin. Dywedodd un unigolyn a gyflwynodd dystiolaeth ysgrifenedig i'n hymchwiliad:

*"Why can't the people of Brecon get an appointment to see a GP, after ringing up and getting through at 8am I was number 49 in the queue."*<sup>186</sup>

**269.** Dywedodd Age Cymru wrthym:

*"Through our annual surveys we have repeatedly heard of blockages in GP access through 'call at 8am to book an appointment' systems where despite numerous attempts to get through, all appointments have gone leaving older people without access to care at the time they need it."*<sup>187</sup>

<sup>184</sup> GP57 Y Cyngorydd Lister, y Cyngorydd Thorne a'r Cyngorydd Abdul-Sattar, Grangetown, Caerdydd

<sup>185</sup> Wales Online, Eluned Morgan says no-one should be on hold at 8am waiting for a GP appointment, Awst 2024

<sup>186</sup> GP24 Unigolyn

<sup>187</sup> GP42 Age Cymru

**270.** Dywedodd Power Up, prosiect gweithredu cymdeithasol a lles pobl ifanc dan arweiniad yr elusen iechyd meddwl a newid cymdeithasol, Platfform, fod amseru yn rhwystr, gyda llawer o bobl ifanc yn sôn mai'r unig ffordd o gael apwyntiad gyda meddyg teulu oedd ffonio'r feddygfa o fewn awr benodol. Roedd hyn yn amrywio hefyd yn dibynnu ar y feddygfa:

*"They felt that this made obtaining an appointment inaccessible for people with commitments. They felt that the wait and uncertainty between appointments was also inaccessible for some people, especially neurodivergent people."*<sup>188</sup>

**271.** Cododd Gweithredu dros Blant bryderon hefyd ynghylch pobl ifanc sydd wedi cael profiadau niweidiol yn ystod plentyndod neu sy'n niwroamrywiol yn gorfod eistedd mewn ardal aros meddygfa:

*"This can be an extremely triggering process for them. Being asked to wait in an unfamiliar environment with lots of other people, numerous conversations taking place at once and movement, can cause sensory overload for those young people who are neurodiverse."*<sup>189</sup>

**272.** Dywedodd Dr Rebecca Towner, meddyg teulu yng Nghaerdydd, wrthym:

*"We do offer as many routine bookable appointments that we can, but I ask you how are we supposed to offer capacity for all of our patients when the daily demand on top of this is so unpredictable and we are not funded to provide care for all of our patients? I can confirm there is still an 8 am rush in our practice which could be avoided if we were funded properly to recruit more staff."*<sup>190</sup>

**273.** Roedd Triniaeth Deg i Fenywod Cymru o'r farn ei bod wedi dod yn anoddach gwneud apwyntiadau ers y pandemig.

**274.** Awgrymodd y Cyngorydd Lister, y Cyngorydd Thorne a'r Cyngorydd Abdul-Sattar amrywiaeth o fesurau i wella systemau apwyntiadau, gan gynnwys trefnu apwyntiadau ar-lein, oriau llinell ffôn estynedig a system galw'n ôl.

---

<sup>188</sup> GP41 Power Up, Platfform

<sup>189</sup> GP45 Gweithredu dros Blant

<sup>190</sup> GP03 Dr Rebecca Towner

Gwnaethant nodi hefyd y byddai cynnig slotiau amser hyblyg, gan gynnwys gyda'r nos ac ar benwythnosau, yn addas i unigolion sy'n gweithio ac yn lleihau'r pwysau o ran y ciwiau i drefnu apwyntiadau am 8 y bore.<sup>191</sup>

## Canfyddiad y cyhoedd o feddygaeth deulu

**275.** Clywsom fod anfodlonrwydd y cyhoedd yn cynyddu, wedi'i ysgogi gan naratifau negyddol yn y cyfryngau ac ym maes gwleidyddiaeth sydd wedi erydu ymddiriedaeth mewn meddygaeth deulu. Nododd tystiolaeth o bractis Town Gate yng Nghas-gwent:

*“Over the last ten years primary care has been driven into the ground through under-resourcing and a systematic destruction of primary care’s reputation in the media. This scandalous erosion of public trust by the media has been allowed to continue unchecked by government.”<sup>192</sup>*

**276.** Dywedodd y rhai a gymerodd ran yn ein gwaith ymgysylltu wrthym fod morâl a hunan-barch meddygon teulu a'r gweithlu meddygaeth deulu yn cael eu heffeithio'n fawr gan y naratif negyddol a brofwyd ganddynt o sawl cyfeiriad gan gynnwys y llywodraeth, byrddau iechyd, gweithwyr gofal iechyd proffesiynol eraill a'r cyhoedd. Dywedodd John Williams, rheolwr practis yn Wreccsam, wrthym:

*“the image of general practice, which has really taken a bashing, I think unfairly—I think really unfairly—since the pandemic, and an image bashing that’s, sadly, often perpetuated by politicians as well as the media, which means that we’re not often seen as an attractive place to work.”<sup>193</sup>*

**277.** Dywedodd Dr Rebecca Towner, meddyg teulu yng Nghaerdydd, ei bod hi'n ymddangos ei bod wedi dod yn norm ym maes gofal sylfaenol yn ystod y blynyddoedd diwethaf i bobl wneud aberthau personol, yn ariannol ac yn feddyliol, er mwyn sicrhau eu bod yn gallu parhau i ddarparu gwasanaeth sy'n cael ei werthfawrogi llai a llai gan y cyhoedd a'r llywodraeth, wrth iddynt gael eu labelu'n bobl ddiog sy'n or-awyddus i wneud arian.

<sup>191</sup> GP57 Y Cynghorydd Lister, y Cynghorydd Thorne a'r Cynghorydd Abdul-Sattar, Grangetown, Caerdydd

<sup>192</sup> GP30 Practis Town Gate

<sup>193</sup> Cofnod y Trafodion, 10 Gorffennaf 2025, paragraff 79

*“This has all affected the morale of staff, both clinical and administrative.”<sup>194</sup>*

**278.** Cyfeiriwyd yn benodol at y gweithlu desg flaen mewn practisau hefyd.

**279.** I lawer o bobl, y person y maent yn cysylltu ag ef gyntaf yw derbynnydd y practis. Tynnodd Mind Cymru sylw at bwysigrwydd y cyswllt cyntaf hwnnw:

*“We know that demand on GPs is extremely high. The pressure that comes with the role of triaging patients can result in unintended outcomes. We have heard from people with lived experience that the response they received from reception staff is not always compassionate or trauma-informed, and this can have a lasting impact. It is incredibly important for all staff within surgeries to take a trauma-informed approach.”<sup>195</sup>*

**280.** Clywsom bryderon hefyd am bobl yn gorfod datgelu gwybodaeth bersonol i staff nad ydynt yn rhai clinigol.

**281.** Dywedodd Llais Cymru eu bod yn aml yn clywed gan bobl eu bod yn anhapus neu nad oeddent yn deall pam roedd yn rhaid iddynt ddarparu gwybodaeth fanwl a phersonol i dderbynnyddion:

*“Mae’n gwneud iddyn nhw deimlo’n anesmwyth os nad ydyn nhw’n glir am yr angen amdano, gan weld staff y dderbynfa fel rhwystr neu ‘borthor’ rhyngddynt nhw a meddyg. Bydd cyfathrebu cliriach â phobl o bractisau ynghylch pam mae hyn yn angenrheidiol yn helpu i leihau’r pryderon hynny.”<sup>196</sup>*

**282.** Yn yr un modd, nododd Triniaeth Deg i Fenywod Cymru fod angen, weithiau, adrodd symptomau personol iawn i staff gweinyddol nad oes ganddynt yr wybodaeth na’r arbenigedd bob amser i adrodd anghenion cleifion yn gywir i bersonél meddygol.<sup>197</sup>

**283.** Galwodd nifer o dystion am well hyfforddiant ar gyfer staff y dderbynfa a staff gweinyddol er mwyn sicrhau eu bod yn ymdrin ag ymholiadau cleifion gydag empathi a phroffesiynoldeb.

---

<sup>194</sup> GP03 Dr Rebecca Towner

<sup>195</sup> GP48 Mind Cymru

<sup>196</sup> GP54 Llais Cymru

<sup>197</sup> Triniaeth Deg i Fenywod Cymru

**284.** Fodd bynnag, cafodd staff desgiau blaen eu hamddiffyn gan y sawl a gymerodd ran yn ein gweithgaredd ymgysylltu:

*“Receptionists get a bad name, but they’re very instrumental and very helpful to our day. They actually know which patients we should be worried about and they come and let us know....They don’t need the abuse that they get, at the end of the day it’s not their fault. The abuse is not acceptable and it’s escalating all the time.”<sup>198</sup>*

**285.** Pwysleisiodd tystion yr angen am well cyfathrebu ac ymgysylltu i ailennyn ymddiriedaeth ac egluro rôl esblygol meddygaeth deulu. Gallai strategaeth gyfathrebu genedlaethol helpu i reoli disgwyliadau a hyrwyddo dealltwriaeth o’r model gofal sylfaenol amlddisgyblaethol.

## Parhad gofal

**286.** Mae parhad gofal a gallu gweld clinigydd cyfarwydd y gellir dibynnu arno yn cael eu gwerthfawrogi’n fawr gan gleifion, ac maent yn gysylltiedig â chanlyniadau gwell i gleifion. Dywedodd Llais Cymru wrthym:

*Mae llawer o bobl yn dweud wrthym nad ydyn nhw’n hoffi peidio â gallu gweld yr un person neu eu meddyg ‘eu hunain’. Mae pobl yn amlwg yn gwerthfawrogi ac eisiau parhad gofal. Pan maent yn dweud eu bod eisiau gweld eu ‘meddyg teulu eu hunain’, yr hyn maent yn gofyn amdano yw rhywun sy’n eu hadnabod a’u hanes meddygol, yn deall beth sy’n bwysig iddynt ac sy’n debygol o ddarparu’r gofal a’r driniaeth sydd eu hangen arnynt. Mae’n berthynas ddibynadwy sy’n aml yn cael ei adeiladu dros flynyddoedd ac sy’n gwneud i bobl deimlo’n ddiogel a’u bod yn derbyn gofal.”<sup>199</sup>*

**287.** Dywedodd Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol fod datblygu ymddiriedaeth, cyd-barch a chydgyngyrchu â chlinigwyr yn gwella canlyniadau cleifion. Dywedodd Dr Rowena Christmas, Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol Cymru, wrthym:

---

<sup>198</sup> Ymchwiliad i ddyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru: [canfyddiadau’r gwaith ymgysylltu](#)

<sup>199</sup> GP54 Llais Cymru

*“If you see the same GP regularly, you’re much less likely to be referred to secondary care. You’re much less likely to present as an emergency at the hospital.”<sup>200</sup>*

**288.** Fodd bynnag, dywedodd BMA Cymru wrthym, er bod perthynas dda rhwng meddyg a chlaf yn rhan bwysig o feddygaeth deulu, ei bod yn dod yn fwyfwy anghyffredin:

*“Continuity of care helps patients feel more comfortable with disclosing their problems, and doctors can get a better sense of a patient’s diagnosis the more they can understand them as a person. Unfortunately, doctors are operating in an environment in which a lack of capacity means flexibility is essential.”<sup>201</sup>*

**289.** Dywedodd hefyd, er mwyn cyflawni’r ymrwymadau mynediad a weithredwyd gan Lywodraeth Cymru, fod yn rhaid i feddygon teulu neilltuo unrhyw feddyg sydd ar gael i glaf yn hytrach na phwy bynnag y byddai’n well ganddynt ei weld, ac o ganlyniad nid oedd unrhyw barhad o ran gofal.

**290.** Dywedodd Deep End Cymru ei fod o’r farn y dylai parhad gofal fod yn flaenoriaeth i bractisau meddygon teulu, yn enwedig i’r rhai sydd â’r anghenion mwyaf cymhleth:

*“It is not a zero-sum game with access, because greater continuity reduces demand and allows better access. However, a focus on access alone causes fragmentation of care, increased encounters and poorer outcomes.”*

**291.** Yn yr un modd, dywedodd Doctors in Unite Cymru wrthym fod yn rhaid i’r nod o sicrhau parhad gofal fod yr un mor bwysig â sicrhau mynediad at ofal oherwydd ei fod yn lleihau marwolaethau ac anghydraddoldebau o ran canlyniadau iechyd.<sup>202</sup>

## Hyd apwyntiadau

**292.** Fel arfer, mae apwyntiadau safonol gyda meddyg teulu yng Nghymru yn para 10 i 15 munud. Cododd nifer o dystion bryderon ynghylch hyn, yn enwedig yn achos cleifion sydd ag anghenion mwy cymhleth.

---

<sup>200</sup> Cofnod y Trafodion, 17 Medi 2025, paragraff 20

<sup>201</sup> GP34 BMA Cymru

<sup>202</sup> GP22 Doctors in Unite Cymru

**293.** Dywedodd Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol fod y cyfyngiad amser a osodir gan ymgynghoriadau 10 munud yn golygu bod angen i feddygon teulu fod yn fwyfwy adweithiol, gan drin y symptomau a gyflwynir iddynt, yn hytrach na chael yr amser i ganolbwyntio ar resymau dyfnach o bosibl. Yn ôl ei arolwg GP Voice 2024:

*“When asked whether there is enough time during appointments to build the patient relationship needed to deliver quality care, 57% of our members disagreed. Furthermore, 65% of members felt that they do not have enough time during appointments to adequately assess and treat patients.”<sup>203</sup>*

**294.** Dywedodd Nia Boughton, Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru, wrthym:

*“The whole of primary care is predicated on a 10 or 15-minute appointment, a sort of speed-dating philosophy, if you like, which worked fine when it was an illness system, as it was designed 50 years ago, but that’s not the type of presentation that we’re dealing with now. We need longer appointments to spend with those that need us the most, that need us to advocate for them in a very different way to other parts of our community.”<sup>204</sup>*

**295.** Dywedodd Mind Cymru y gallai'r amser cyfyngedig sydd ar gael i drafod pryderon ychwanegu pwysau a phryder i bobl sy'n ceisio cymorth ar gyfer eu hiechyd meddwl, y bydd llawer ohonynt eisoes yn teimlo wedi'u llethu gan y posibilrwydd o estyn allan am gymorth. Dywedodd y gallai hyn fod yn rhwystro ychwanegol i gael mynediad at gymorth pan fydd pobl ei angen fwyaf.<sup>205</sup>

**296.** Tynnodd tystiolaeth gan Age Cymru sylw at y ffaith bod cymhlethdodau cynyddol anghenion iechyd, sy'n fwy tebygol wrth fynd yn hŷn, yn golygu y gallai fod angen slot amser hirach ar bobl hŷn i drafod ystod eu hanghenion gofal iechyd:

*“As one respondent to our annual survey in 2024 said, “It is pointless trying to contact the GP. Firstly, is the difficulty of getting through by phone to make an appointment. Secondly is*

---

<sup>203</sup> Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol

<sup>204</sup> Cofnod y Trafodion, 2 Hydref 2025, paragraff 86

<sup>205</sup> GP48 Mind Cymru

*the shortness of the appointment, impossible to discuss everything.*<sup>206</sup>

## Sensitifrwydd ieithyddol a diwylliannol

**297.** Pwysleisiodd llawer o ddefnyddwyr gwasanaethau bwysigrwydd gallu cyfathrebu ac ymgysylltu yn yr iaith o'u dewis, yn enwedig pan oeddent ar eu mwyaf bregus.

**298.** Tynnodd Llais Cymru sylw at yr amrywioldeb o ran y mynediad at wasanaethau Cymraeg mewn practisau meddygon teulu ledled Cymru:

*“Mae rhai ardaloedd yn darparu cefnogaeth Gymraeg ardderchog, tra bod eraill yn methu. Pan nad yw gwasanaethau yn cefnogi'r defnydd o'r Gymraeg yn weithredol, mae pobl yn aml yn teimlo'n ddiystyr neu'n ddibwys.”*<sup>207</sup>

**299.** Dywedodd hefyd nad oedd arwyddion, taflenni, ffurflenni a holiaduron bob amser ar gael yn Gymraeg ar yr un pryd â'r fersiynau Saesneg, a allai arwain at bobl yn teimlo'n rhwystredig neu'n teimlo eu bod yn peri trafferth am eu bod yn gofyn am wybodaeth yn Gymraeg.

**300.** Soniodd Gweithredu Plant Cymru am yr iaith gymhleth a ddefnyddir wrth gael mynediad at ofal iechyd:

*“This particularly presents a barrier for those who do not speak English as a first language and have a lack of trust in systems, meaning they often are unable to both explain their healthcare needs, nor fully understand the advice they are being given.”*<sup>208</sup>

**301.** Tynnodd Llais Cymru sylw hefyd at y ffordd 'y gall diffyg dealltwriaeth ddiwylliannol ac ymwybyddiaeth ddiwylliannol ehangach effeithio ar ansawdd y gofal y mae pobl o leiafrifoedd ethnig yn ei gael':

*“Gall fod problemau gyda gwybodaeth ac adnoddau annigonol ar gael i bobl (a gweithwyr proffesiynol mewn rhai lleoliadau gofal iechyd, nid gwasanaethau meddygon teulu yn unig) felly, lle gall pobl fod yn ceisio cael mynediad at gymorth, neu gyngor am fater iechyd sensitif ac mae ofn barn, neu*

---

<sup>206</sup> GP42 Age Cymru

<sup>207</sup> GP54 Llais Cymru

<sup>208</sup> GP45 Gweithredu dros Blant

*gamddealltwriaeth yn eu cymuned eu hunain, gall pobl 'ddioddef yn dawel' a pheidio â rhannu manylion am eu salwch, amodau neu broblemau.*<sup>209</sup>

**302.** Gwnaeth aelodau o'r gymuned fyddar, a gymerodd ran yn ein gweithgaredd ymgysylltu, ddweud wrthym hefyd am yr anawsterau a wynebwyd ganddynt wrth gael mynediad at wasanaethau:

*"Many deaf people cannot make phone calls, yet appointment letters routinely instruct patients to call to confirm, reschedule, or request further information."*<sup>210</sup>

**303.** Gwnaethant hefyd dynnu sylw at sut y bu i'r ddibyniaeth ar alw enwau cleifion yn uchel mewn ystafelloedd aros arwain atyn nhw'n colli eu tro, ac awgrymwyd atebion syml, fel hysbysiadau negeseuon testun neu sgriniau arddangos gweledol, i wneud y system yn fwy hygyrch:

*"Most people have phones. Why not send a text message when you're being called for your appointment? Simple things make all the difference."*<sup>211</sup>

## Tystiolaeth gan Lywodraeth Cymru

**304.** Rhybuddiodd yr Ysgrifennydd Cabinet yn erbyn y naratifau negyddol a oedd ar led yn y cyfryngau a hefyd yn yr arena wleidyddol a oedd yn tanseilio'r proffesiwn. Tynnodd sylw at y lefel enfawr o weithgarwch a wneir gan feddygon teulu, gan bwysleisio bod y rhan fwyaf o gleifion yn cael profiad cadarnhaol:

*"They're doing a fantastic job in difficult circumstances, and most of our patients think that as well."*<sup>212</sup>

**305.** Tynnodd yr Ysgrifennydd Cabinet sylw at ddiwygiadau diweddar i gontractau fferylliaeth ac optometreg, a oedd wedi ehangu ystod a chwmpas y gwasanaethau clinigol sydd ar gael ym maes gofal sylfaenol yn sylweddol. Roedd gan y cyhoedd sawl dewis nawr ynghylch sut a ble i gael mynediad at driniaeth ar gyfer ystod eang o afiechydon cyffredin gan weithwyr proffesiynol sydd wedi'u hyfforddi'n briodol, heb fod angen apwyntiad gyda meddyg teulu. Nododd fod

---

<sup>209</sup> GP54 Llais Cymru

<sup>210</sup> Ymchwiliad i ddyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru: [canfyddiadau'r gwaith ymgysylltu](#)

<sup>211</sup> Ymchwiliad i ddyfodol meddygaeth deulu yng Nghymru: [canfyddiadau'r gwaith ymgysylltu](#)

<sup>212</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 154

yna newid cenedliadol, lle roedd cleifion hŷn yn disgwyl gweld meddyg teulu fel cyswllt cyntaf:

*“So, if you’ve been brought up in a health service where the GP is the first and last port of call, then there’s always going to be a journey that you’re going on, whereas for people who are maybe younger today, who are experiencing an NHS that is more differentiated in that way, it will be a more familiar option for them. So, I think there’s more to be done to make this a kind of systematic set of arrangements.”<sup>213</sup>*

**306.** Dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet fod cryfhau parhad gofal yn parhau i fod yn flaenoriaeth allweddol fel rhan o ddiwygiadau parhaus i wella ansawdd, gan sicrhau ei fod yn dod yn nodwedd ymwreiddiedig o arferion bob dydd. Cynghorodd y byddai prosiect gwella ansawdd newydd yn annog practisau i fesur a gwella parhad, gan gydnabod bod parhad a mynediad yn ategu ei gilydd ac y gall gwell parhad leihau methiant i ddiwallu’r galw ac arwain at well mynediad.<sup>214</sup>

**307.** Aeth ymlaen i ddweud bod y mecanwaith a oedd yn cael ei ddefnyddio yn canolbwyntio ar yr achosion mwyaf cymhleth, sef pobl a oedd â mwy nag un cyflwr cronig:

*“So, GP practices are being supported to identify those and to provide increasing levels of continuity of care for those patients. It’s called relational continuity, where that relationship is one where you can expect increasingly to be with the same practitioner if you’re in one of those cohorts.”<sup>215</sup>*

**308.** Dywedodd ei fod yn disgwyl gweld manteision dros 2-3 blynedd a bod adolygiad ffurfiol wedi’i gynllunio ar gyfer blwyddyn 3. Fodd bynnag, er mai ymestyn parhad yn ehangach oedd y nod hirdymor, roedd pwysau gofal brys yn golygu bod hyn yn heriol.

**309.** O ran gwella mynediad teg at wasanaethau, dywedodd yr Ysgrifennydd Cabinet fod y contract unedig yn cynnwys darpariaethau ar gyfer hyn, gyda chymorth ychwanegol i bractisau mewn cymunedau difreintiedig:

---

<sup>213</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 143

<sup>214</sup> [Y Pwyllgor Iechyd a Diogelwch, 12 Tachwedd 2025, papur 1](#)

<sup>215</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 149

*“So, different kinds of ways of engaging practices: digital, obviously, non-digital as well. You’ll be aware of the vast volume of people who have a vast number of contacts, both digital, phone and face-to-face and remote, which the NHS has, but also, as part of the negotiations that we have around GMS, there is a weighting in the formula for some of the particular challenges that practices serving deprived communities face.”<sup>216</sup>*

**310.** Gwnaethom ofyn i'r Ysgrifennydd Cabinet am y potensial i wneud mwy o ddefnydd o Ap GIG Cymru ar gyfer trefnu apwyntiadau gyda meddygon teulu. Dywedodd wrthym:

*“So, just to be clear, there’s a delicate balance to strike here. So, going to see a GP is not the same as ordering a pizza; you’re going to see somebody with a complex set of skills and you’re asking for a professional judgment. So, it can’t simply be based on first-come, first-served; there needs to be an element of clinical triage.”<sup>217</sup>*

**311.** Aeth ymlaen i ddweud mai lle'r oedd potensial i ddefnyddio'r Ap oedd lle'r oedd brysbennu yn llai pwysig, er enghraifft apwyntiadau dilynol ar gyfer cyflwr a oedd wedi hen sefydlu.

## Ein barn ni

**312.** Yr hyn sy'n achosi rhwystredigaeth i gleifion yn fwy na dim byd arall yw'r anhawster i gael apwyntiad gyda meddyg teulu - yr '8am scramble' fel y'i gelwir yn aml yn Saesneg. Dro ar ôl tro, rydym yn clywed am bobl yn ei chael hi'n anodd mynd drwodd ac yna'n darganfod bod yr holl apwyntiadau sydd ar gael ar gyfer y diwrnod hwnnw wedi mynd. Er bod Llywodraeth Cymru wedi rhoi sicrwydd na ddylai hynny fod yn digwydd, rydym yn gwybod ei bod yn dal i ddigwydd mewn nifer sylweddol o feddygfeydd. Mae hwn yn fater y mae angen i Lywodraeth Cymru, byrddau iechyd a phractisau unigol fynd i'r afael ag ef ar frys, yn enwedig gan y gallai fod yn rhoi rhai grwpiau o bobl, gan gynnwys pobl hŷn neu bobl niwrowahanol, mewn risg o beidio â cheisio cymorth meddygol pan fydd ei angen arnynt. Mae angen dull o gael mynediad arnom sy'n canolbwyntio ar y claf, a

---

<sup>216</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 147

<sup>217</sup> Cofnod y Trafodion, 12 Tachwedd 2025, paragraff 124

dylem fod yn edrych ar enghreifftiau o arferion da ledled Cymru lle maent wedi mynd i'r afael â'r broblem hon.

**313.** Rydym yn cydnabod pwynt yr Ysgrifennydd Cabinet ynghylch yr anawsterau wrth drefnu apwyntiad ar-lein oherwydd yr angen am frysbenneu clinigol. Mae hefyd yn bwysig sicrhau mynediad cyfartal fel nad yw unrhyw atebion yn rhoi pobl sy'n amharod neu sy'n methu â chael mynediad at systemau digidol dan anfantais. Er bod yr Ysgrifennydd Cabinet wedi ymrwymo i gymryd camau pellach i gryfhau'r safonau mynediad, a fydd yn helpu pobl i gael apwyntiadau pan fydd eu hangen arnynt,<sup>218</sup> nid yw'n glir sut mae'n bwriadu gwneud hyn. Fodd bynnag, mae hon yn amlwg yn broblem y mae llawer o feddygfeydd yn dal i'w chael hi'n anodd mynd i'r afael â hi.

**Argymhelliad 18.** Dylai Llywodraeth newydd Cymru nodi sut mae'n bwriadu cryfhau'r safonau mynediad presennol i feddygon teulu a chyhoeddi cynllun clir ar gyfer sicrhau bod pob practis yn eu bodloni. Dylai hyn gynnwys mesurau i gefnogi mynediad cyfartal i bobl nad ydynt yn gallu defnyddio systemau digidol ac i leihau'r ddibyniaeth ar ffenestri cyfyngedig ar gyfer trefnu apwyntiadau fel yr '8am scramble' fel y'i gelwir yn Saesneg.

**314.** Mae'r naratif negyddol presennol ynghylch meddygaeth deulu yn cael effaith andwyol ar forâl y gweithlu. Meddygaeth deulu yw rheng flaen gofal cleifion. Rydym yn cytuno â thystion bod angen gwella cyfathrebu ac ymgysylltu er mwyn ailennyn ymddiriedaeth ac egluro rôl esblygol meddygaeth deulu. Gallai strategaeth gyfathrebu genedlaethol, fel yr awgrymwyd yn Argymhelliad 7, helpu i reoli disgwyliadau a hyrwyddo dealltwriaeth o'r model gofal sylfaenol amlddisgyblaethol. Gallai'r strategaeth hon hefyd geisio hyrwyddo ac egluro rôl staff y ddesg flaen wrth frysbenneu cleifion i sicrhau eu bod yn gweld yr ymarferydd mwyaf priodol, gan egluro nad ydynt yn rhwystr i gael apwyntiad.

**315.** Mae parhad gofal a gallu gweld yr un meddyg teulu yn cael ei werthfawrogi'n fawr gan lawer, yn enwedig cleifion hŷn, ac mae'n gysylltiedig â chanlyniadau gwell i gleifion. Mae'r berthynas rhwng y meddyg teulu a'r claf yn un sy'n seiliedig ar ymddiriedaeth, mae'n aml yn berthynas sydd wedi datblygu dros nifer o flynyddoedd ac mae'n gwneud i bobl deimlo'n ddiogel a theimlo eu bod yn cael gofal. Yn anffodus, mae galw cynyddol a diffyg capasiti meddygon teulu wedi cael effaith negyddol ar y parhad gofal hwnnw. Rydym yn cytuno â thystion y dylai parhad gofal fod yn flaenoriaeth i bractisau meddygon teulu, yn enwedig i'r

---

<sup>218</sup> [Datganiad Ysgrifenedig: Diwygio'r Contract Gwasanaethau Meddygol Cyffredinol ar gyfer 2025-26. Rhagfyr 2025](#)

cleifion hynny sydd â'r anghenion mwyaf cymhleth. Felly, rydym yn croesawu ymrwymiad yr Ysgrifennydd Cabinet i gryfhau parhad gofal ar gyfer y garfan benodol honno.

**316.** Er y gallai'r apwyntiad safonol o 10 i 15 munud fod yn rhesymol i lawer o gleifion, mae grwpiau o bobl lle nad yw hyn yn wir. Er enghraifft, ni ddylai pobl sy'n ceisio cymorth gyda'u hiechyd meddwl deimlo dan bwysau ychwanegol wrth gael mynediad at y cymorth sydd ei angen arnynt. Yn yr un modd, mae angen ymgynghoriadau hirach ar bobl hŷn neu'r rhai â sawl cyflwr iechyd hefyd. Mae angen mwy o hyblygrwydd yn y system i ganiatáu apwyntiadau hirach lle y bo angen.

**317.** Mae sensitifrwydd ieithyddol a diwylliannol yn hanfodol ar gyfer gofal cynhwysol a dylid ei drin fel hawl, nid braint. Ni ddylem danbriso pa mor bwysig ydyw bod pobl yn gallu cyfathrebu ac ymgysylltu yn eu dewis iaith, yn enwedig pan fyddant ar eu mwyaf bregus. Ni ddylai pobl byth deimlo eu bod yn peri trafferth am eu bod yn gofyn am wybodaeth yn eu dewis iaith. Nid yw'n dderbyniol chwaith bod pobl yn dewis peidio â chael cymorth meddygol efallai oherwydd diffyg cymorth a dealltwriaeth ddiwylliannol. Felly, mae angen i ni sicrhau bod gwasanaethau cyfrwng Cymraeg a gofal sy'n sensitif i ddiwylliant wedi'u hymwreiddio fel hawl, a bod dyluniad gwasanaethau yn adlewyrchu anghenion amrywiol y gymuned.

## Atodiad 1: Rhestr o sesiynau tystiolaeth lafar.

Rhoddodd y tystion canlynol dystiolaeth lafar i'r pwyllgor ar y dyddiadau a nodir isod. Gellir gweld trawsgrifiadau o'r holl sesiynau tystiolaeth lafar ar wefan y Pwyllgor.

Dyddiad	Enw a Sefydliad
<b>10 Gorffennaf 2025</b>	<b>Dr James Pink,</b> Partner Meddyg Teulu, Caerdydd <b>Dr Richard Stratton,</b> Partner Meddyg Teulu, Powys <b>Dr Elin McCarthy,</b> Partner Meddyg Teulu, Abertawe <b>John Williams,</b> Rheolwr Practis, Wrecsam <b>Kirsty Brookes,</b> Fferylllydd, Ynys Môn
<b>17 Medi 2025</b>	<b>Dr Gareth Oelmann,</b> Cymdeithas Feddygol Prydain Cymru <b>Dr Ian Harris,</b> Pwyllgor Ymarferwyr Cyffredinol Cymru <b>Dr Rowena Christmas,</b> Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol <b>Dr Tom Keale,</b> Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol
<b>2 Hydref 2025</b>	<b>Nia Boughton,</b> Coleg Nyrso Brenhinol Cymru <b>Calum Higgins,</b> Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi <b>Kim Willis,</b> Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol <b>Liz Hallett,</b> Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru <b>Helen Davies,</b> Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru

Dyddiad	Enw a Sefydliad
	<p><b>Steve Simmonds,</b> Fferylliaeth Gymunedol Cymru</p> <p><b>Dai Williams,</b> Fferyllfa Gymunedol Cymru</p> <p><b>Paul Mears,</b> Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg</p> <p><b>David Andrews,</b> Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg</p> <p><b>Elaine Lorton,</b> Bwrdd Iechyd Addysgu Powys</p>
<p><b>6 Tachwedd 2025</b></p>	<p><b>Yr Athro Adrian Edwards,</b> Prifysgol Caerdydd</p> <p><b>Dr Neil James,</b> Deep End Cymru</p> <p><b>Joanna Watts-Jane,</b> Deep End Cymru</p> <p><b>Dr Jonny Currie,</b> Deep End Cymru</p> <p><b>Sam Hall,</b> Iechyd a Gofal Digidol Cymru</p> <p><b>Rhidian Hurle,</b> Iechyd a Gofal Digidol Cymru</p> <p><b>Dr Sayma Ahmed,</b> Iechyd a Gofal Digidol Cymru</p>
<p><b>12 Tachwedd 2025</b></p>	<p><b>Jeremy Miles AS,</b> Ysgrifennydd y Cabinet dros Iechyd a Gofal Cymdeithasol</p> <p><b>Alex Slade,</b> Llywodraeth Cymru</p> <p><b>Paul Casey,</b> Llywodraeth Cymru</p> <p><b>Yr Athro Jim McManus,</b> Iechyd Cyhoeddus Cymru</p> <p><b>Zoe Wallace,</b> Iechyd Cyhoeddus Cymru</p> <p><b>Kerry Bailey,</b> Iechyd Cyhoeddus Cymru</p> <p><b>Rachel Andrew,</b> Iechyd Cyhoeddus Cymru</p>

## Atodiad 2: Rhestr o'r dystiolaeth ysgrifenedig

Darparodd y bobl a'r sefydliadau canlynol dystiolaeth ysgrifenedig i'r Pwyllgor. Gellir gweld yr holl ymatebion i'r ymgynghoriad a gwybodaeth ysgrifenedig ychwanegol ar wefan y Pwyllgor.

<b>Cyfeirnod</b>	<b>Sefydliad</b>
<b>GP01</b>	Dr Kate Parry
<b>GP02</b>	Dr Gareth Lucocq
<b>GP03</b>	Dr Rebecca Towner
<b>GP04</b>	Yr Athro Adrian Edwards
<b>GP05</b>	Dr Mark Goodwin
<b>GP06</b>	Unigolyn 01
<b>GP07</b>	Fferylliaeth Gymunedol Cymru
<b>GP08</b>	Rachel Dodsworth
<b>GP09</b>	Marilyn Ann Griffiths
<b>GP10</b>	Comisiynydd Pobl Hŷn Cymru
<b>GP11</b>	Nicholas Prigg
<b>GP12</b>	Coleg Brenhinol Podiatreg
<b>GP13</b>	Dr Angharad Fletcher
<b>GP14</b>	Unigolyn 02
<b>GP15</b>	Coleg Nyrsio Brenhinol Cymru
<b>GP16</b>	Unigolyn 03
<b>GP17</b>	Rhwydwaith Nyrsys Arweiniol Gofal Sylfaenol Cymru Gyfan
<b>GP18</b>	Dr Matthew Jones
<b>GP19</b>	Marie Curie
<b>GP20</b>	Y Gymdeithas Strôc
<b>GP21</b>	Dr James Pink

<b>Cyfeirnod</b>	<b>Sefydliad</b>
<b>GP22</b>	Doctors in Unite Cymru
<b>GP23</b>	Y Comisiwn Cydraddoldeb a Hawliau Dynol
<b>GP24</b>	Unigolyn 04
<b>GP25</b>	Y Cyngor Meddygol Cyffredinol
<b>GP26</b>	Unigolyn 05
<b>GP27</b>	Dr Noel McLoughlin
<b>GP28</b>	Yr Athro Mitchel Langford a'r Athro Gary Higgs
<b>GP29</b>	Yr Undeb Amddiffyn Meddygol
<b>GP30</b>	Practis Town Gate, Cas-gwent
<b>GP31</b>	Grŵp Cyfranogiad Cleifion Canolfan Feddygol Gogledd Caerdydd
<b>GP32</b>	Conffederasiwn GIG Cymru
<b>GP33</b>	Asthma + Lung UK Cymru
<b>GP34 a GP34a</b>	Cymdeithas Feddygol Prydain Cymru
<b>GP35</b>	Coleg Brenhinol y Therapyddion Iaith a Lleferydd
<b>GP36</b>	Crohn's & Colitis UK
<b>GP37</b>	Grŵp Ymchwil Rheoli Meddyginiaethau, Prifysgol Abertawe
<b>GP38 &amp; GP38a</b>	Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol
<b>GP39</b>	Coleg Brenhinol y Therapyddion Galwedigaethol
<b>GP40</b>	Cymdeithas Seicolegol Prydain
<b>GP41</b>	Power Up, Platform
<b>GP42</b>	Age Cymru
<b>GP43</b>	Ffederasiwn Proffesiynau Perthynol i Iechyd Cymru
<b>GP44</b>	Optometreg Cymru
<b>GP45</b>	Gweithredu dros Blant
<b>GP46</b>	Y Coleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant (Cymru)
<b>GP47</b>	Cwmpas
<b>GP48</b>	Mind Cymru

<b>Cyfeirnod</b>	<b>Sefydliad</b>
<b>GP49</b>	Cymdeithas Alzheimer's Cymru
<b>GP50</b>	Cymdeithas Siartredig Ffisiotherapi
<b>GP51</b>	Unigolyn 06
<b>GP52</b>	Deep End Cymru
<b>GP53</b>	Dr Naomi Potter
<b>GP54</b>	Llais Cymru
<b>GP55</b>	Meddygfa'r Felinheli a Phorthaethwy, Gogledd Cymru
<b>GP56</b>	Unigolyn 07
<b>GP57</b>	Y Cynghorydd Lister, y Cynghorydd Thorne a'r Cynghorydd Abdul-Sattar, Grangetown, Caerdydd
<b>GP58</b>	Dr Virginia Iles
<b>GP59</b>	Unigolyn 08
<b>GP60</b>	Cymdeithas Fferyllol Frenhinol Cymru
<b>GP61</b>	Triniaeth Deg i Fenywod Cymru
<b>GP62</b>	Y Gymdeithas Meddygon Dosbarthu Cyf