

# A National Care Service for Wales



## Report commissioned by **UNISON Cymru Wales**

This report has been prepared by Andy Mudd and Tim Cheetham in August 2022

Version 0.1





APSE (Association for Public Service Excellence) is a not for profit local government body working with over 300 councils throughout the UK.

Promoting excellence in public services, APSE is the foremost specialist in local authority front line services, hosting a network for front line service providers in areas such as waste and refuse collection, parks and environmental services, leisure, school meals, cleaning, housing and building maintenance.

APSE provides services specifically designed for local authorities, such as benchmarking, consultancy, seminars, research, briefings and training.

Through its consultancy arm APSE delivers expert assistance to councils with the overt aim of driving service improvement and value for money through service review and redesign. APSE delivers in excess of 100 projects a year and clients benefit from the consultancy's not for profit ethical approach to consultancy services.

# Introduction from Dominic MacAskill, UNISON Cymru Wales Regional Secretary

Many thousands of care workers are desperately hoping Welsh Government's National Care Service will deliver major improvements for them and service users.

Service users and care workers are being dreadfully let down by the current system of commissioning, outsourcing and the need to turn a profit, and years of underfunding.

In-work poverty is commonplace, staff turnover is high and vacancies, huge. The requirement to create a profit or, for the third sector, to compete with for-profit providers, means corners are cut, so care workers are allocated too many service users and are not paid travel time and this impacts on service user care.

The system is the barrier preventing care workers from delivering the level of care they wish for each of their service users. Care workers and service users should not be placed in this appalling situation.

Ministers are to be commended for bringing forward plans for a National Care Service, but the people of Wales will only have the high quality of care they deserve if private profit and the commissioning model are removed.

This powerful APSE report, commissioned by UNISON Cymru Wales, presents a business case for care services to be directly and publicly provided by local authorities. It shows that despite the billion pounds flowing into the sector, there is no understanding of exactly how much money is haemorrhaging away into private pockets. All money spent on care should go towards providing care.

We cannot afford to lose this opportunity to get a National Care Service right at its inception and transform care forever. It must have the dignity and respect for service users and staff at its heart.



# Contents

1.	Executive summary	5
2.	Background and history	6
3.	The vision for Wales	7
4.	A National Care Service for Wales	9
5.	The social care economy	10
6.	Legal case	17
7.	Co-production	19
8.	Summary of the case for public provision	20
9.	Workforce issues	20
10.	Increasing local authority in-house capacity	22
11.	Models of service provision	23
12.	Funding issues	25
13.	Conclusions	27

# 1. Executive summary

- 1.1 The aim of creating a national care service for Wales is both welcome and urgent. The current market-based model of provision is failing to provide the quality and consistency required from a largely tax funded service. The complex company structures and speculative capitalisation model that is coming to dominate the social care economy make it impossible to fully understand where money spent on social care in Wales actually goes and therefore, equally difficult to establish whether the Welsh taxpayer is getting good value for the £1.2bn spent annually on this critical service.
- 1.2 Those who actually provide the care that is so critical to the quality of life of thousands of elderly and vulnerable people across Wales are highly valued by the cared for and their families. The work they perform is physically and emotionally challenging but they are amongst the lowest paid in society, working long and irregular shifts, with little recognition of the vital part they play in the provision of a service which is an essential element of the UK's health and social care system.
- 1.3 The term 'National Care Service' is evocative of the National Health Service. This hugely popular, jewel in the crown, of the UK welfare state was founded on key principles of universalism and consistency. It is funded from taxation, with all users receiving the same, free at the point of delivery, standard of care, regardless of means. It is also almost entirely delivered through direct provision, by directly accountable public bodies. This latter is in fact the most significant difference between health care and social care. Social care is mostly 'commissioned' or purchased from the market, whereas health care is mostly provided directly. It is this element of the delivery model that is at the root of the current crisis, not the far less significant difference that health care is ultimately planned and managed at a central government level, whilst responsibility for social care sits primarily with local authorities.
- 1.4 There is in fact a strong case to maintain local control over social care provision. Centralisation can result in excessive bureaucracy and insensitivity to local need. Local councils are best placed to know what provision is needed and to provide it. They are also the main provider of preventive public services at a personal and public health level and have well developed partnerships with other key providers, including primary health services and hospitals.
- 1.5 The vision of a seamless, prevention focussed approach depends on joining up provision at the local level. The role of central government is to coordinate and if required, to regulate, to ensure consistency and fairness between areas. Most significantly it must ensure that funding is commensurate with the national vision of a universal, quality service that is free at the point of delivery.
- 1.6 If the creation of a 'National Care Service' does not mean a publicly provided care service, it will amount to little more than a change in who does the commissioning

and make no real difference to the delivery model. Residential care services will continue to be hopelessly entangled with real estate speculation. Domiciliary services will continue to be driven by the lowest cost imperative that characterises the social care economy. The care workforce will continue to be underpaid and undervalued and the sector will continue to fall short of the expectations of the Welsh public. Moreover, a significant proportion of any increase in funding will go to meet inflated capital costs and be lost in the network of holding and parent companies that often sit above the front-line providers.

- 1.7 For these reasons this report argues that ‘publicly provided’ must be recognised as an essential characteristic of anything that is recognisably a National Care Service.

## 2. Background and history

- 2.1 The creation of the welfare state after the Second World War marked a watershed in the development of UK social policy. Based on the ‘cradle to grave’ vision of William Beveridge<sup>1</sup>, it aimed to provide free, comprehensive, high-quality education, health and social care, along with income security, in a bid to eliminate what Beveridge had called, the five giants of want, disease, ignorance, squalor and idleness. The National Health Service Act of 1946, steered through Parliament by Welsh MP and Minister of Health, Aneurin Bevan, delivered a universal, comprehensive health service, paid for out of taxation. The principal means by which this was achieved was the nationalisation of 2,500 hospitals which provided the basis for a publicly provided service in which the level and quality of care was the same for everybody, regardless of means.
- 2.2 The NHS was the jewel in the crown of the welfare state. Universal adult social care was arguably part of the package but the sexist assumption that unpaid women would be the mainstay provider of care to elderly relatives, effectively left state provision as a residual service. Seventy years on, whilst the NHS has largely survived with its universal, publicly provided principles intact, adult social care is generally acknowledged to be in crisis. The reasons for this are complex and relate in part to the success of the welfare state itself. Life expectancy in 1948, when the NHS was launched, was just 68 years. By 2015 it had risen to 81. As a consequence of this and the changing nature of the family, many more people require care than the architects of the welfare state had ever envisaged and, because of advances in health care, they require it for longer. Governments have consistently failed to address the funding implications of this, despite a long standing, virtually universal, recognition of the need to do so.
- 2.3 Demographic change has undermined the welfare state commitment to universalism and quality of care; there has also been a dramatic change in the way that social care is provided. The last forty years has seen a comprehensive shift away from public sector provision to a model based primarily on private sector providers. The Thatcher

---

<sup>1</sup> Beveridge W., Social Insurance and Allied Services, 1942



government's efforts to open up the public sector to private companies, via a mixture of privatisation and contracting out, was only partially successful in relation to most council service areas but had a huge impact on social care. One reason for this was that Local Authorities were prevented from investing in residential care establishments through the capital finance permissions regime in place at the time, resulting in many being unable to meet required standards and therefore, forced out of direct ownership of care and nursing homes. According to the Centre for Health and the Public Interest (CHPI) "In 1979, 64% of residential and nursing home beds were still provided by local authorities or the National Health Service (NHS); by 2012 it was 6%; in the case of domiciliary care, 95% was directly provided by local authorities as late as 1993; by 2012 it was just 11%".<sup>2</sup>

- 2.4 The near withdrawal of both local authorities and the NHS from direct provision opened the way for social care to be recreated as an opportunity for private companies to profit in a market that all but guarantees a consistent and growing level of demand. The buildings-based nature of residential care means that investors in social care companies are heavily focussed on the value of real estate and it is this that drives (and can inflate) the market, rather than income from care itself.

### 3. The vision for Wales

- 3.1 The Welsh Government vision for health and social care is set out in the 2019 document, A Healthier Wales: our Plan for Health and Social Care<sup>3</sup>. It is heavily focussed on prevention and a seamless approach to services, even whilst they are delivered through a range of agencies. It envisages a system that recognises the primary importance of prevention through effective public health measures, coupled with quality care provision, aimed at supporting people in their own homes, over reactive, hospital-based health interventions.
- 3.2 The plan emphasises that 'our vision of a whole system approach to health and social care will require a whole system effort'. The clear intention is for this to be driven from the centre, via a 'National Transformation Programme', led by the Director General Health and Social Services. The plan also envisages 'a key role' for the seven Regional Partnership Boards and the 64 Clusters of neighbouring GP practices and partner organisations involved in primary health care.<sup>4</sup>
- 3.3 Whilst there is always a danger that centralisation will detract from local initiative and eat up resources in excessive levels of bureaucracy, the plan, as currently formulated, strikes a good balance between the need for a cogent national strategy and localisation. By establishing 10 design principles for achieving four high level

---

<sup>2</sup> CHPI, The failure of privatised adult social care in England: What is to be done? 2016

<sup>3</sup> Gov.Wales, A Healthier Wales: our Plan for Health and Social Care, 2019

<sup>4</sup> Gov.Wales, A healthier Wales: long term plan for health and social care, 2021

strategic objectives, it creates a framework in which local initiative can come to the fore. The strategic objectives or 'Quadruple Aims' are:

- Improved population health and wellbeing;
- Better quality and more accessible health and social care services;
- Higher value health and social care; and
- A motivated and sustainable health and social care workforce

3.4 These are all high level and likely to be widely supported in principle – indeed it would be difficult to find anybody who would not support such self-evidently desirable objectives.

The design principles are:

**Prevention and early intervention** – acting to enable and encourage good health and wellbeing throughout life; anticipating and predicting poor health and wellbeing.

**Safety** – not only healthcare that does no harm, but enabling people to live safely within families and communities, safeguarding people from becoming at risk of abuse, neglect or other kinds of harm.

**Independence** – supporting people to manage their own health and wellbeing, be resilient and independent for longer, in their own homes and localities, including speeding up recovery after treatment and care, and supporting self-management of long-term conditions.

**Voice** – empowering people with the information and support they need to understand and to manage their health and wellbeing, to make decisions about care and treatment based on 'what matters' to them, and to contribute to improving our whole system approach to health and care; simple clear timely communication and co-ordinated engagement appropriate to age and level of understanding.

**Personalised** – health and care services which are tailored to individual needs and preferences including in the language of their choice; precision medicine; involving people in decisions about their care and treatment; supporting people to manage their own care and outcomes.

**Seamless** – services and information which are less complex and better co-ordinated for the individual; close professional integration, joint working, and information sharing between services and providers to avoid transitions between services which create uncertainty for the individual.

**Higher value** – achieving better outcomes and a better experience for people at reduced cost; care and treatment which is designed to achieve 'what matters' and which is delivered by the right person at the right time; less variation and no harm.



**Evidence driven** – using research, knowledge and information to understand what works; learning from and working with others; using innovation and improvement to develop and evaluate better tools and ways of working.

**Scalable** – ensuring that good practice scales up from local to regional and national level, and out to other teams and organisations.

**Transformative** – ensuring that new ways of working are affordable and sustainable, that they change and replace existing approaches, rather than add an extra permanent service layer to what we do now

## 4. A National Care Service for Wales

- 4.1 The Welsh Government vision for social care was further developed in a White Paper published in 2021.<sup>5</sup> The White Paper establishes the ambition of creating a National Care Service.
- 4.2 The term National Care Service evokes the founding principles of the welfare state: universal, comprehensive, high-quality provision that is free at the point of delivery. The NHS has also managed to adhere to the notion that its services should be mostly delivered through an ostensibly directly employed workforce, with little leakage of public money to private profit. The UK health care system is comparatively efficient – expenditure per head on health is a little below average for OECD countries but outcomes are a little above average and comparable with the highest per capita spenders, such as the USA, where the public sector plays a residual role in a predominately private system.
- 4.3 The vision set out in the White Paper does not explicitly envisage a publicly provided service. It does however establish free at the point of delivery as a key principle, along with comprehensive cover and quality provision. Without a substantial increase in direct service provision however, a national service is effectively a continuation of the current commissioning model, albeit with nationally determined (minimum?) standards. This approach does offer potential for the government to drive through improvements to standards but it is difficult to see how it can lead to universal provision or tackle under-resourcing at the point of delivery. This is because the economics of the private care market inevitably prioritises return on investment over front line delivery. Moreover, unless the government moves to somehow outlaw self-funding, it is likely that the current multi-tiered delivery model will continue and the care workforce will not receive the recognition and reward they so desperately need.

---

<sup>5</sup> Gov.Wales, Rebalancing care and support, 2021

## 5. The social care economy

- 5.1 Private companies dominate the provision of residential care in the UK. The market is attractive to investors because it is relatively low risk but offers returns on capital normally associated with higher risk investments. It is worth £15.2bn per annum with over half of that coming from private individuals. Whilst there is a large number of small companies in the market, a small number of international companies occupy a dominant position. According to the CHPI, '2,316 care homes in the UK (30.8% of the total number of registered beds) are owned by the 26 largest companies, whose investors see them as a source of income and profit'.<sup>6</sup> In Wales there are over 1,000 providers in a market worth around £1.2bn.
- 5.2 The private care provider structure is somewhat opaque, with most of the big chain operators owned by holding companies. These companies, frequently established by private equity investors, extract a high percentage of cash earnings to pay for debt, asset depreciation, tangible and intangible asset amortisation and rent. It has been calculated that this can amount to 20% or more of so called, EBITDARM (Income Before Interest, Tax, Depreciation, Amortisation, Rent and Management costs), meaning that the operating companies, i.e., the care providers, often generate very low margins or are loss making. This may be tax efficient but inevitably leads to attempts to bear down on costs, of which staffing is the biggest contributor.<sup>7</sup>
- 5.3 As discussed above, social care operators are frequently part of complex business structures. One of the UK's biggest care companies is the Priory Group which, in its most recent accounts, reported revenues of £872m from Health, Education and Adult Social Care services<sup>8</sup>. The majority of its revenue comes from the NHS and Local Authorities.
- 5.4 The group was recently acquired by a company named RemedcoUK Ltd, owned by RemedcoUK Holding Ltd. Both companies were incorporated in December 2020. RemedcoUK Holding is owned by AHC-WW-Jersey Ltd which in turn is now owned by Waterland Private Equity which acquired it from American company, Arcadia Healthcare. Waterland is a Dutch organisation with interests in a large and constantly changing number of companies.
- 5.5 The Priory Group itself consists of a large number of companies – over 5 pages of the group's most recent accounts are taken up listing them.<sup>9</sup> Many of these companies are themselves holding companies in a structure that is difficult to penetrate and includes several branded chains such as Partnerships in Care. One

---

<sup>6</sup> Centre for Health and Public Interest, Plugging the Leaks in the Care Home Industry, 2019

<sup>7</sup> Competition and Markets Authority (CMA), Care homes market study Financial analysis working paper, 2017

<sup>8</sup> Priory Group Limited, Parent Company Accounts for year ending Dec 2020, Companies House

<sup>9</sup> Ibid

of the Priory Group Holding Companies, Priory Group Holdings Number 2, is registered in the Cayman Islands.

- 5.6 The accounts of individual Priory Group operator companies, many of which are in Wales, are not reported, making it impossible to gauge how well they are performing. Overall, the group made a huge loss in 2020 of £270m, despite EBITDARM of £157m. It is difficult to understand why this is the case but Waterland Private Equity clearly sees potential to realise the value of its investment which, according to its web-site, is typically 'through a sale or initial public offering (IPO) of the company they invested in' with an average holding period of 3 to 7 years.<sup>10</sup>
- 5.7 Ultimately the 'value' of the investment in the Priory Group is derived mainly from fees paid by UK councils, the NHS and self-funders. It is difficult not to see this as a loss of value from the perspective of the health and social care system. Given, that one of the so called, quadruple aims of the Welsh vision is 'higher value health and social care', a shift away from a system where value is lost in this way would seem an obvious prerequisite for the design of the new National Care Service.
- 5.8 There is no suggestion that the Priory Group or any other health and care company operating in the UK is acting in anything other than accordance with proper accountancy rules and norms associated with private companies. It is however questionable whether such arrangements offer a level of transparency and accountability commensurate with the provision of services paid for from the public purse.
- 5.9 Aside from creating structural complexity, frequent restructuring through consolidation-led acquisitions leads to inflated capital values. This in turn drives up the debt charged to operating company balance sheets, leaving them very vulnerable to any downturn in demand. As a result, the provider side of the private care market looks precarious, fuelling the widespread view that council fees are capped at too low a level with many providers depending on, so called, self-funders to generate sufficient income to survive. It is difficult to know how far this is genuinely the case and how far the financial difficulties of providers relate to the capitalisation model itself.
- 5.10 If fees were simply allowed to rise this would inevitably lead to further inflation of capital values and consequentially increased levels of debt charged to balance sheets. It would be unlikely to feed through into better pay and conditions, given the inbuilt imperative to reduce operational cost to minimal levels. Nor would it necessarily improve the position of the operators, given that inflated capital values would be charged against their balance sheets.
- 5.11 Government intervention to force private operators to offer better pay and conditions would no doubt be welcome to care staff, but under the current model would inevitably lead to demands for a major increase in fees for council funded residents. Any

---

<sup>10</sup> <https://waterland.nu/en/about/about-private-equity>

increase in fees would go at least in part to maintain yield levels for investors. If providers were to go out of business, this would create a shortfall in supply, which, in turn would create inflationary pressures in a market where demand is more or less constant.

- 5.12 It is sometimes argued that the marketisation of public service provision drives efficiencies to ensure value for money for the public purse. The theory is that market competition pushes prices to the lowest level at which only efficient suppliers are able to survive. The loss of some public funds to private profit is seen as a price worth paying to push costs down to the lowest level at which the services, as specified, can possibly be provided.
- 5.13 There are a number of reasons why this simplistic view of markets does not hold true in general, but it is particularly problematic in relation to essential public services, where the relationship between supply, demand and prices is not a straightforward one.
- 5.14 In a market with so called 'perfect competition', i.e. where suppliers are able to enter and leave at will, prices will fall to the lowest level that allows efficient firms to cover their costs (which includes profit at a level that keeps them from switching to a market that offers better returns). Inefficient firms go out of business and efficient ones are motivated to constantly seek further reductions in their costs. Prices can also rise though to encourage new suppliers to meet higher levels of demand. In a normal market demand is sensitive to price increases and is therefore dampened by price rises. In this way price operates to balance supply and demand and, according to the theory, to ration finite resources, whilst at the same time, providing an incentive for firms to bear down on cost to ensure success against the competition.
- 5.15 In practice, most markets do not operate this way. Firstly, there is no such thing as perfect competition. There are barriers to both entry and exit to markets which act to reduce competitive threat. In many markets this can include incumbent suppliers actively organising to make it difficult for new companies to become established and in others, reflects barriers deliberately erected by buyers. The former includes strong trade associations and effective lobbying for industry standards, whilst the latter includes standardisation, onerous procurement systems and lengthy contractual terms. All of these things might be desirable in a different context but nonetheless, distort the relationship between demand, supply and prices.
- 5.16 In the case of goods or services that are seen by buyers as essential, the lack of effective supply side competition is compounded by an absence, or reduced level, of so-called price elasticity on the demand side – essentially rising prices do not lead to a reduction in demand for the goods or services concerned; buyers reduce demand for other non-essential goods and services first. This can be seen clearly in local authority expenditure data from the period after 2009 when spending on care was far less impacted than that on environmental services, as austerity impacted on council budgets.

- 5.17 The market for social care is characterised by both high supply side barriers to entry and demand that is insensitive to increasing prices. In investment jargon it is part of the so-called defensive sector, seen as a safe haven for investors, precisely because demand holds up in times of uncertainty. For this reason, it is not safe to assume that the existence of competition will ensure efficiency. Nor, for the reasons discussed above, is it right to assume that overall margins are low just because they are low or negative for provider companies.
- 5.18 Aside from the unlikelihood of marketisation delivering lowest cost, the use of private suppliers to deliver public services can raise overall cost in ways that are not always apparent. These are discussed below:

### **Loss of Economic Value to the Local and Welsh Economies**

- 5.19 As discussed, the dominant financing model in the social care economy sees something in excess of 20% of income leak from the care system itself to the owners and financiers of the operators. Most if not all of these are located outside the areas of the councils providing funding, and in many cases outside Wales. Total expenditure on adult social care in Wales is estimated to be £1.2bn, but the potential economic value to the economy of this expenditure is significantly greater than this – around £2.3bn.<sup>11</sup> The direct loss of 20% or more of this amounts to a significant economy wide opportunity cost. This loss of potential and significant economic benefit will persist whilst care establishments continue to be owned by property speculators. Bringing a large proportion of them into council ownership would directly impact on the proportion of expenditure on care that leaves the economy.

### **Hidden cost of contract management and procurement**

- 5.20 The cost of outsourced services is frequently expressed in terms of payments made to contractors. In fact, this is only one side of the cost equation. The other is the cost associated with client activities. Client-side costs include procurement costs and contract management which can be high, particularly when supplier performance falls short of requirements or expectations. Contractual mechanisms can be cumbersome with attempts to invoke them often escalating into protracted and costly legal arguments. Clients can be reluctant to make use of penalty clauses where these will cause financial difficulties for suppliers and increase the potential for already precarious organisations to fail, as when they do, contractual supply-side risks generally revert back to the council or other public contracting body.

### **Cost of ‘picking up the pieces’ when providers fail**

- 5.21 In a theoretical market with perfect competition, the failure of inefficient suppliers is an essential aspect of how it works. Suppliers which are unable to cover their costs at the market price go out of business, to be replaced by ones that are better able to control their costs. In private markets this may inconvenience buyers (and of course,

---

<sup>11</sup> <https://waterland.nu/en/about/about-private-equity>

be catastrophic for employees) but in most cases is recognised as part and parcel of the economic system. This is not the case though where the service provided is a public service, particularly one that those in receipt of it have a legal right to. If a private care provider fails, the public body on whose behalf it is provided has no choice but to make alternative arrangements. The expense associated with this and the potential disruption to care recipients provide an incentive for public bodies to agree to fee increases to try and prevent failure but where it does happen, as in the case of Southern Cross, it is still likely to lead to increased cost.

- 5.22 The experience of Pembrokeshire County Council, faced with the uncertainties that arose when Allied Healthcare ran into difficulties, is a good illustration of how precarious outsourcing arrangements can be, even with a major and apparently secure supplier. Allied Healthcare was a typical example of a complex company structure the financial affairs of which are very difficult to understand. In 2015 the main service provider for domiciliary care in the group, Nestor Primecare Services, recorded revenue of just over £200m and a profit of £17m. The following year, on a similar turnover it made a loss of £13m. The loss related to the non-payment of money due from other companies within the group and the purchase of the group by the German company Aurelius SE & Co KGaA.
- 5.23 In May 2018 Nestor entered into a Company Voluntary Agreement (CVA) with its creditors, which was followed by the CQC issuing a so-called Stage 6 Notification, informing Local Authority customers that the company was at risk of failing. It went into administration in November of that year, creating major problems for its customers, its workforce and its clients. Pembrokeshire had already agreed in principle that creating an in-house service would remove some of the uncertainty created by wholesale reliance on private companies. The news that one of its suppliers was in imminent danger of failure reinforced this view, and the Council moved quickly to create stable provision with a key aim being to secure the employment of the care workforce before they voted with their feet and sought alternative employment outside the care sector.

#### **Inflationary impact of contract failure when there is no public sector alternative**

- 5.24 Where providers fail and alternative arrangements have to be made quickly, it is very likely that they will be more expensive than the services they are replacing. This is because of reduced competition and the urgency with which arrangements must be put in place. With no capacity for direct provision, councils can be forced into short term contracts with inflated prices. Low pay and poor working conditions lead to difficulties in recruitment and retention, compounding the inability of providers, both public and private to develop new capacity. This was one of the key factors that led Pembrokeshire to set up its in-house service

#### **Costs arising from high churn rates – training, recruitment etc.**

- 5.25 Low pay, demanding work and onerous conditions inevitably mean that jobs in care are less attractive than many alternatives paying similar wages. There is no doubt



that many people choose to stay in the sector despite this for vocational reasons, but many nonetheless leave for better pay and conditions in less demanding employment. The result is high churn rates and consequentially high recruitment and training costs. These costs feed through into fees as providers seek to recoup costs. High levels of staff turnover also impact on the quality of services and have an adverse impact on many service recipients for whom continuity of carer is particularly important.

### **Cost to public purse of propping up low pay – benefits, reduced tax return etc.**

- 5.26 Low pay reduces the costs to operators but creates costs for society. In work benefits are essentially subsidies to low wage employers. Statutory minimum pay helps, but many care workers are part-time and have insecure employment, meaning that they often have to rely on universal credit to pay for housing costs and to make ends meet. There is an inverse relationship between provider costs and the cost to the public purse. The lower the pay bill, the higher the cost to society of supporting employees. Whilst some of this is offset by savings in fees, the economics of the care system mean that it is the financiers who benefit most from low pay. Those who actually provide the care survive on low pay compounded by working conditions that can see them denied compensation for travel time, sleep-in supplements and even sick pay.

### **Tax revenue lost to ‘tax efficient’ structures**

- 5.27 As discussed above, operators work on low and in some cases, negative margins; they therefore pay little if any corporation tax. This can be beneficial to both the holding companies and the ultimate funders of care companies which can be private equity companies located outside the UK. In some cases, the various companies involved can be part of the same group and adopt structures purposely designed to minimise tax. They may argue that such arrangements allow them to operate at fee levels that would otherwise have to be higher, but any savings to the public purse must be off-set against tax that is avoided.

### **Hidden subsidy paid by self-funders**

- 5.28 As fees rise and public spending is squeezed, the thresholds for access to publicly funded provision have risen. The result is that many people are forced to fund their own care and many more find themselves having to top up the funding that comes from the council – over half of care revenue comes from private individuals. There is abundant evidence that many care homes are dependent on this source of funding and that self-funders pay higher fees for the same level of care as those that are funded by the council.

### **Disincentives to prioritise prevention**

- 5.29 Although it is now universally recognised that providing for low level care needs can prevent or delay the need for much more costly hospital admissions or entry into residential care, this is not always reflected in practice. Councils rarely provide home help type services at an individual level, although there has been some progress on

the development of mechanisms for transferring funding from the NHS to broadly preventative services, such as leisure, parks or libraries. In some areas of the country GPs are able to access leisure services on prescription, for example. On the whole however, the trend has been the other way, with council budgets suffering the brunt of austerity cuts and, in relation to domiciliary care, a steady increase in threshold requirements for service provision. So, whilst there are a few excellent examples of how help with household tasks can mitigate the need for formal care services and delay the need for residential provision, these are not widely available free of charge and not usually provided by local authorities.

- 5.30 In so far as public provision is concerned, the creation of joined up bodies (in Wales the Regional Partnership Boards) to provide a vehicle for the development of cross-sector strategy are an overt recognition of the need for a seamless approach, but the structure of the care economy continues to incentivise investment in buildings-based services over the development of low-level care services. It is clearly not in the interest of the vast bulk of residential care providers to prioritise the scope or quality of domiciliary care, and by extension preventative personal or general public services. The commercial viability of residential care depends on constant demand with most operating on an assumption of 80% or above occupancy levels. The vision of seamless integration is unlikely to be realised in a system where the priorities of suppliers are unaligned with those of purchasers.

### **Fragmented provision**

- 5.31 Whilst privately owned provision maintains its highly dominant position, there is no counterbalance to a model that inevitably prioritises return on investment over the well-being of carers or those they care for. Major expansion of publicly owned and operated provision, capitalised through public borrowing, would create that counterbalance by creating a financially transparent alternative to the opacity of the private market.
- 5.32 Interest rates on public sector borrowing are typically considerably lower than those available to private borrowers. Public Works Loan Board rates have increased over the last few months but are currently still below 2%. Even without the inflationary impact of speculative investment in residential care, the capital cost of council provision is substantially lower than that of private investment where yields on capital run at 11%.<sup>12</sup> Lower capital costs translate directly into lower service costs.

### **Domiciliary Care**

- 5.33 The home care business is very different to residential care in that it is comparatively asset light. It is nonetheless subject to similar drains on income, pertaining to debt incurred through speculative acquisitions and the balance sheet value of intangible

---

<sup>12</sup> Report from National Commissioning Board Task & Finish Group, Costing methodologies and cost pressures in adult care homes, domiciliary care and supported living services in Wales, January 2021.

assets such as goodwill. Goodwill typically refers to the perceived benefit that flows from being part of a group, amortised over maybe twenty years and charged to the operator's balance sheet.

- 5.34 Holding companies strip income from operators, creating strong imperatives to minimise operating costs which are mostly staff costs. Low hourly pay is one element of this, but evidence from care workers indicates that pressure to reduce costs also impacts on clients through practices like clipping, whereby insufficient time is allowed for travelling between clients which then eats into the time the carer is able to spend with them.
- 5.35 The UK's biggest domiciliary care provider trades under the name Helping Hands. Helping Hands is the operating name of Midshires Care Ltd. Whilst the structure to which this company belongs is far less complex than the Priory Group, it is nonetheless part of a group of companies, in this case owned by Holt Hold Co Ltd.

## 6. Legal case

- 6.1 The legal framework for social care in Wales is set out in the Social Services and Well-being (Wales) Act 2014.<sup>13</sup> This comprehensive piece of legislation came into force in 2016. The Act creates a number of over-arching duties beginning with the promotion of the well-being of people who need care and support (and carers who need support). It is not unreasonable to interpret this in terms of a statutory basis to ensure that as little as possible of the finite resources available to fund social care are lost in the form of leakages to higher than necessary capital costs or private profit. Indeed, the Act itself supports this construction by creating a positive duty on local authorities to promote, 'social enterprises, co-operatives, user led services and the third sector in the provision in their areas of care and support and support for carers'.
- 6.2 Whilst there is a substantial element of not-for-profit social care provision in Wales, it is important to be clear as to how the ability of commissioners to prefer not for profit companies over other external providers is limited by public sector procurement rules, but also the extent to which not for profit delivery agents can be bound into a supply chain that includes links that are anything but not for profit.
- 6.3 The Public Contracts Regulations 2015 allow contracts for social care to be 'reserved' to social enterprise providers as this provides a mechanism for proactively supporting this type of provider. This does not mean however that contracts can be awarded directly to a particular social enterprise, but it does allow bidding to be restricted to providers which qualify as such and which have not been awarded a reserved contract within the preceding three years. This latter stipulation effectively prevents an incumbent social enterprise provider being permanently protected from wider

---

<sup>13</sup> Gov.Wales, Social Services and Well-being (Wales) Act 2014, the Essentials, 2019

market competition. Contract terms under these provisions cannot exceed three years.

- 6.4 Notwithstanding that not all 'social enterprises', as defined in the legislation, are actually not for profit, there are multiple examples of how ostensibly public benefit-oriented service providers can be used as vehicles to generate profits for parent companies and/or lenders. Non-domestic rate relief for buildings-based sports and leisure providers has prompted the creation of numerous so-called hybrid leisure trusts which are tied into paying for head office services and/or loan facilities provided on a for profit basis. Whilst the business model does not result in the level of leakage to profit seen in the private care industry, it does nevertheless illustrate a major flaw in the logic of preferring social enterprise providers.
- 6.5 Moreover, the economics of the residential care industry impacts on non-profit providers, just as it does on small for-profit providers. In a climate of acquisition and merger, incumbents are either targets for takeover or are themselves looking to grow via that route.
- 6.6 A good example of the tendency of private supplier markets to move to oligopoly is provided by the history of housing stock transfer over the first two decades of the twenty first century. In a bid to move investment in public housing outside public sector capital controls, the UK government promoted transfer to special purpose, locally established, non-profit distributing housing companies. Transfers had to be supported by a majority of tenants, who voted on the basis of proposals that invariably included high levels of tenant involvement in governance and a local commitment. This was critical to gaining majority tenant support and why the vast majority of wholesale transfers were to newly created local bodies rather than to existing housing associations.
- 6.7 Many, if not the majority, of the stock transfer associations have now been swallowed up by large housing associations and in essence no longer exist. Local control and accountability have largely disappeared, to be replaced by the complex group structures associated with big business. Stock transfer associations that have resisted merger and acquisition have tended to distance themselves from the local authorities they spun out from.
- 6.8 Leisure Trusts, set up by local authorities purely to take advantage of the rate relief available to charities in the sector, also frequently rebrand in ways that disassociate them from the body that created them and usually provides virtually all their income. Celtic Leisure, now being taken back in house by Neath Port Talbot County Borough Council, is just one of many examples of such companies.
- 6.9 If the aim is to minimise leakage in the form of profits to holding companies or yields to investors, the creation of a substantial element of direct provision is a far more certain way of achieving these aims than the promotion of contracting out to social enterprises.

## 7. Co-production

- 7.1 Key characteristics of co-production run through the design principles set out in the 2019 document, A Healthier Wales: our Plan for Health and Social Care. It is a term that can mean different things to different people, but three of the design principles are particularly relevant:

**Independence** – supporting people to manage their own health and wellbeing, be resilient and independent for longer, in their own homes and localities, including speeding up recovery after treatment and care, and supporting self-management of long-term conditions.

**Voice** – empowering people with the information and support they need to understand and to manage their health and wellbeing, to make decisions about care and treatment based on ‘what matters’ to them, and to contribute to improving our whole system approach to health and care; simple clear timely communication and co-ordinated engagement appropriate to age and level of understanding.

**Personalised** – health and care services which are tailored to individual needs and preferences including in the language of their choice; precision medicine; involving people in decisions about their care and treatment; supporting people to manage their own care and outcomes.

- 7.2 Co-production can be seen as opposite and in some conflict with traditional utilitarian approaches to the design of public services, where the overriding principle is societal, rather than individual well-being. In practice, public service providers must achieve a balance between multiple competing needs and priorities, including those of both current and future users of services, as well as the wider public from whose taxes services are funded.
- 7.3 Local authorities are uniquely well placed to engage with service users as well as the wider community at the strategic level. This can benefit service design, but they must also ensure that there is a degree of consistency over what is provided within and across local authority areas.
- 7.4 The term person-centred care is often used to describe a system which is able to focus on the needs of individual service recipients. Such a system must be capable of responding to a wide range of needs with appropriate support and interventions. These will include different levels of domiciliary care, from home help type provision through to support with complex needs; hospital-based care when required; reablement to help people to return home and residential care for when they cannot. Unless these currently separate and fragmented services work together to provide a wrap-around service, overall provision cannot be truly person centred.

## 8. Summary of the case for public provision

- 8.1 It is widely acknowledged that the current care system in Wales and the rest of the UK is not fit for purpose.<sup>14</sup> Whilst private sector providers may argue that this is a consequence of fees being set too low, there is good reason to believe that simply increasing them will not on its own fix the problem. The way the market operates would see a significant proportion of any increased expenditure pass through as charges, fees and return on investment to the speculative investors who rely on inflated capital values to extract income from hard pushed operators. Without a dramatic increase in directly provided care services this is not likely to change, and the public is unlikely to get good value for the very significant levels of spending on this vital service.
- 8.2 The success of the NHS in replacing a broken private health care system with a universal, free at the point of delivery, comprehensive service, clearly illustrates the central significance of direct provision. Without it there will be an inevitable continuation of a multi-tiered service leaving the service well short of what most would expect a National Care Service to provide.
- 8.3 Without a core of public provision, a national service cannot be anything more than a nationally commissioned service – simply a shift from local commissioning to national commissioning. Whether this would improve standards or otherwise is a moot point, but what is clear is that it would not fundamentally change the failing system of commissioner/operator/holding company/financier. If Wales is to achieve the radical change ministers have promised, it must include ‘publicly provided’ as a necessary element of a National Care Service.
- 8.4 It is very difficult to see how the much vaunted ambition to create a wraparound service that can be truly person centred can ever be achieved in a system that depends on market mechanisms for major elements of it. Markets provide what is profitable to suppliers and investors, and in a complex system like care, are highly unlikely to offer the full range of integrated services envisaged in the Welsh Government’s vision for social care.

## 9. Workforce issues

- 9.1 One of the four design principles set out in the 2019 document is ‘A motivated and sustainable health and social care workforce’. This paper has already set out how the current delivery model creates incentives to keep operating costs as low as possible. Low pay and minimal pension provision are the norm, along with working

---

<sup>14</sup> “The current social care system is in crisis and not fit for purpose.” Labour, 2019  
Social care system ‘unfit for purpose’ Anne Longfield, chair of the Commission on Young Lives and the former children’s commissioner, 2021  
Social care system ‘not fit for purpose’, say nine out of 10 MPs, The Independent, 2017



practices that ensure high churn rates and low levels of motivation. Current staffing shortages in other areas of the UK economy, such as retail and hospitality, have increased opportunities for care workers to move to employment that is less onerous and often better paid. The result is a growing inability of the care sector to recruit and retain the workforce needed to meet demand for care. Operators squeezed between capped local authority rates and high capital and other central charges have little option but to seek to minimise operational costs, but if this approach is allowed to continue there will be little hope of attracting the additional 20,000 care workers the Welsh Government believes are needed to meet growing demand over the coming period.

- 9.2 A recent research report documents how care staff are negatively impacted by a model that is effectively built on exploiting the workforce. Interviewees spoke of how employers seemed to ‘prioritise profit over care’ and detailed how they systematically set out to minimise cost through ‘chronic understaffing’ and ‘cutting corners on service delivery’. The researchers identified an empirical basis for assertions in much of the academic literature of their being a relationship between business models and cost cutting behaviour:

‘investment-firm-owned care homes are cost-minimising in a context where they are also attempting to deliver something in the region of a 12% return on investment to their investors (Laing, 2008). In a revenue restricted environment (like the one created by austere welfare policies) this is likely to lead to a downward pressure on wages, staff benefits, investments in care home improvement, and quality of care, as companies only have a limited number of ways that they can navigate cost pressures (Schmitt, 2013)’.<sup>15</sup>

- 9.3 A recently published report of the Migration Advisory Committee (MAC), commissioned by the Minister for Future Borders and Immigration concludes that ‘it is clear that a long term, coherent workforce strategy, that is fully implemented with adequate public funding, is vital to make social care an attractive, viable and sustainable career’. The report goes on to recommend that a ‘People Plan for social care in alignment with the NHS’ is developed. The NHS workforce plan is in fact an excellent example of how a cohesive workforce plan can directly address problems of recruitment and retention, but it is very difficult to see how it could be delivered if the NHS were provided on the same delivery model as social care.
- 9.4 Public services, including those provided by local authorities benefit significantly from sectoral pay bargaining. Costs are saved from not duplicating time and resources involved at every point of service delivery and workforces benefit from the separation of individual employers from the national negotiation machinery. It is conceivable that a sectoral approach could be achieved whilst continuing with fragmented delivery arrangements, but it is difficult to see how private companies could be forced into

---

<sup>15</sup> Held to Ransom, Centre for Understanding of Sustainable Prosperity for UNISON, 2022

compliance with it without legislation and the creation of costly new monitoring and enforcement arrangements.

- 9.5 It is not unreasonable to conclude that without a major increase in the extent to which social care is delivered directly by public bodies there will be little progress toward the ambition of 'a motivated and sustainable health and social care workforce' and without that there will be little chance of creating a service that the Welsh public would recognise as a 'national care service'.

## **10. Increasing local authority in-house capacity**

Key considerations and assumptions;

- 10.1 The main issues to consider in any proposal are the current difficulties within the service sector. Workforce matters around pay and conditions are the key topic needing to be addressed, along with the resulting issues of recruitment and retention.
- 10.2 Overall funding of care cannot be ignored, and any proposal has to acknowledge the market position and the current national net reduction and the widely accepted need for greater spending.
- 10.3 Rebalancing the proportion of public and private provision cannot be ignored. Any National Care Service that is recognisable as such, rather than simply a national framework for commissioned provision or national system of personal budgets, would have to be directly provided by public bodies. Establishing core principles by which any such service would operate would require a high level of public sector involvement, taking the fundamental drivers of equality in delivery, standards of care, free at the point of use, etc. beyond contractual obligation or enforcement.
- 10.4 The Labour Party in England, within their proposals for a National Care Service,<sup>16</sup> planned to set out the eligibility criteria for free personal care, to ensure that everyone, no matter who they are or where they live, would be entitled to the same level of support. Providing free personal care will be the foundation of any National Care Service.
- 10.5 The case for change is absolute. The scope for the required change should be radical and ambitious.

---

<sup>16</sup> Labour.org.uk, Towards the National Care Service Labour's vision, 2019

## 11. Models of service provision

- 11.1 Labour's National Care Service proposals increased the role of Local Authorities in planning, designing, delivering and evaluating care services. While all this activity would be operated within national frameworks, Local Authorities were the main vehicle for delivery of a much-expanded public sector offer in the care 'market'.
- 11.2 Rebuilding local authority capacity to deliver care would be the main requirement. It would be necessary to enable councils to focus on directly delivering public services, rather than simply administration of funding, performance management and negotiating contracts. Firstly, through a move from publicly funded commissioned personal care to publicly-provided personal care and then, more slowly as investment allowed, acquisition of the high-quality public sector residential care service capacity. Labour proposals were predicated on the realistic assumption that an estate of care homes would need be gradually built up.
- 11.3 The plan was to support local councils, ensuring they have sufficient capacity to take over existing homes and services not only where they are failing, which is the only point at which this has happened to date, but also where it would benefit efficient and effective operation of those services. Within the wording and principle of that change is wide scope for interpretation. Though clearly, any interpretation of the wording indicates the potential for radical and widespread 'in-house' movement for care workers. Care workers currently in the private sector are the main focus for change.
- 11.4 Previous proposals accepted that Local Authorities, in their role of commissioning services can reinforce nationally-set care sector standards and regulations. This includes ethical standards of care, codes of conduct, workforce costs, sector wages and workplace practices. However, it also recognises the limitations of commissioning. The stated policy of Labour is 'To ensure the long-term stability of the social care sector, we will ensure care is delivered ethically, and start to build in-house capacity in home care, working towards a system where the public sector plays the majority role in delivering care.'<sup>17</sup>
- 11.5 The case that the current system is not financially viable in the long term is also well established. Four hundred care home providers collapsed in the five years up to 2018 (The Guardian, 2018)<sup>18</sup> and councils are increasingly having care contracts handed back (ADASS, 2019). In fact, seventy five percent of councils have now had contracts returned to them according to ADASS.<sup>19</sup> Additionally, more than forty-three thousand residential beds and twenty-three thousand nursing care beds were lost across the UK between 2013 and 2018.

---

<sup>17</sup> Labour.org.uk, Towards the National Care Service Labour's vision, 2019

<sup>18</sup> <https://www.theguardian.com/society/2019>

<sup>19</sup> ADASS.org.uk, ADASS budget survey, 2019

- 11.6 Eighty two percent of Directors of Social Care report that they are concerned about the sustainability of some of their home care providers, and seventy seven percent about some of care home providers with nineteen percent expressing concern about 'most' of their providers.<sup>20</sup> Covid-19 short term funding has helped to prevent greater levels of failure, but there is profound uncertainty about the future.
- 11.7 The chairman of the Independent Care Group, a private sector lobbying body warned of more failures and the need for changes in the finance model saying, 'Care providers have been suffering financial hardship for many years due to chronic under-funding.'<sup>21</sup>

### **Market position in Wales**

- 11.8 There are more than twelve hundred private homes in Wales. A total workforce of one hundred and thirteen thousand people work in the social care sector in Wales, estimated to be twenty thousand people short of requirement. Vacancy rates in the sector are approaching ten percent.<sup>22</sup>

### **Home care**

- 11.9 Home care costs can vary hugely, depending on location. There are significant regional variations. Costs will also depend on: what sort of care is needed, how many hours of care are needed, what time of the day and week care is needed (weekends may cost more – and bank holidays can cost double.)
- 11.10 Depending on circumstances, care packages may be able to combine formal home care support with informal support from relatives and friends. Having access to respite care (a short stay in a care home), if needed, is a recommended option. This is particularly important to consider if the family plays a large part in delivering the care.

### **Sheltered accommodation**

- 11.11 The cost of living in sheltered housing and extra care accommodation is made up of separate parts. These parts include: a service charge for communal services, rent for your individual property, heating costs, costs for housing-related support provided by support workers, and costs for care services (where care is received).
- 11.12 Not surprisingly, fees vary by location, provider, the type of services provided and the amount of care the resident receives. The average cost of a residential care home in the UK, in 2020, was £34,944 a year, rising to over £48,720 a year when nursing care is included.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> <https://www.adass.org.uk/adass-spring-survey-21>

<sup>21</sup> <https://independentcaregroup.co.uk/> May 2020

<sup>22</sup> Socialcare.wales, The Economic Value of the Adult Social Care sector - Wales Final report, 2018

<sup>23</sup> Laing Buisson, Care of Older People UK Market Report 31st edition, 2020

- 11.13 The costs of staying in a care home can vary considerably between care home providers, individual facilities and regions. For example, the more specialised the care (such as dementia care) the higher the care home fees.
- 11.14 There is generally a higher care home fee for places with more comfortable surroundings and better-quality facilities. Care home fees are made up of hotel costs: accommodation, laundry, meals, heating, lighting, etc. plus care costs: residential care, nursing care, dementia care.
- 11.15 This presents some practical options for the idea that separating the care costs from the residential elements of the care budget could be achieved.
- 11.16 If this could be specified clearly and with full transparency on all sides, then the option to bring a larger percentage of the private workforce into the public sector whilst not changing the nature or location of the provision in the short term (relatively) becomes the obvious way to rebalance the sector. Addressing the key concern over wages and working practice could be achieved in this way.

## 12. Funding issues

### **Cost of transition to public provision**

- 12.1 “We are concerned that, by setting out this detail, we may give the unintended impression that we believe structural change is what matters most. We do not. In some ways we would prefer not to have to recommend any structural change at all. All structural change involves effort, and money, which some people will argue would be better used in supporting people. We do not disagree. But structural change is necessary if the structures themselves are impeding good care and support for people, which we believe is currently the case.” Case for a National Care Service, Scottish Government, 2021
- 12.2 One of the chief criticisms and resistance to increased public provision are the perceived associated costs. Employee costs, and the rise thereof, in particular are often used as an obstacle to change. Any proposal must therefore address these issues and suggest counter-argument or mitigation.
- 12.3 As discussed in this report, Social Care often operates on what appear to be wafer thin margins and many front-line providers struggle to make a profit at all. On the face of it then, moving to a non-profit public delivery model would not off-set the increase in staff costs that will result from them being brought into the public sector. However, the way that Social Care is financed means that huge sums leak from the system in the form of payments to holding companies and ultimately, property investors. A model which eliminates this would free up substantial sums that could potentially off-set the additional costs.
- 12.4 The Scottish proposals for a NCS completely dismissed the notion of ‘nationalisation’ based on the prohibitive costs for acquiring the associated property. This was based

on anecdotal evidence from an example in the Scottish Highlands. This argument can be reduced by the clear imperative, included in the proposals here of separating residential elements of cost (and ownership) and management of same from the provision of care services.

- 12.5 Should a further suggestion be advanced that the private estate should at some point be brought into public ownership, or a response to any alteration in the current financial landscape to further advantage property costs against service costs, then a proposal to fix rents for a period as finance protection on all sides would be prudent.
- 12.6 Market instability, coupled with the evidence of the number of contract ‘hand-backs’ make a compelling case for public intervention. They also present an opportunity for acquisition; some providers and operators must be on the verge of financial collapse, and this is certainly an argument made by representatives of the private sector. This is a strong argument for the feasibility of change and it may be that many in the currently private sector would welcome the opportunity to move or divest.
- 12.7 A recent report from Age UK estimated that in England ‘a lack of social care ... costs the NHS an eye-watering £500 every minute’ or around £900m per annum. It is likely that the situation in Wales is at least as bad if not worse. The problem is widely acknowledged to be caused by a shortage of both residential and domiciliary social care preventing the discharge from hospital of older people who no longer need health care, but cannot return home without support or cannot access residential care.
- 12.8 Increasing supply would clearly save significant NHS expenditure and, given that the cost of keeping people in hospital is estimated at £400 a day, against around £100 for residential care, the level of that saving could even outweigh the cost of additional care provision. There is therefore a strong financial case for simply increasing funding for social care to allow local authorities to procure more beds in private residential care and to increase domiciliary provision. However, as discussed elsewhere in this report, simply increasing funding would not change the economics of care. It would not remove the strong incentives at provider level to drive costs as low as possible and would be unlikely to feed into significant improvements to the pay and conditions of care workers. Nor would it fully translate into an improvement in quality for customers.
- 12.9 Underfunding of care is clearly a problem, but it is not the whole problem. Unless moves are made to remove care from a market system that prioritises yield to investors, any increase in funding will, at least in part, be immediately lost in the form of increased profits, inflated rents and debt charges. Moreover, retaining a fragmented supply chain will work against the cross-sectoral efficiency that could flow from the integrated system envisaged in ‘A Healthier Wales’.



## 13. Conclusions

- 13.1 There is widespread recognition that the current provision and funding model for social care in Wales is not working. Care providers are struggling to retain enough income to remain commercially viable; care staff are demoralised and difficult to recruit and retain; services are patchy, with many care recipients forced to top up fees to secure residential care or left with minimal, effectively residual, domiciliary provision.
- 13.2 The cost to the taxpayer goes well beyond that of care itself. The link between high quality, domiciliary care provision and the likelihood of elderly people requiring hospital care is well established, as is that between the time an elderly person spends in hospital and the availability of convalescent care, either in a person's home or in a residential facility. Preventative domiciliary care is generally recognised as being preferable to reactive health care and fit for purpose residential provision an essential element in a seamless wrap-around package that makes best use of public funds and looks after people when they most need it. But the social care system is fragmented, inconsistent and often not integrated with the other services that make up the UK welfare state.
- 13.3 The Welsh government is committed to addressing these issues. Fittingly, given the prominence of Welsh MP Aneurin Bevan in the creation of the UK's greatest social policy achievement, the National Health Service, Welsh Ministers are promoting a National Care Service for Wales. The promise is for a fully funded, universal, free at the point of delivery service that works in the interest of all. This is something that is widely supported but as this paper illustrates, will be difficult to achieve if it does not address the incongruence between the aim of a universal, publicly funded service and a delivery model that relies mostly on private sector provision. The architects of the NHS were well aware that a model that relies on commissioning the services of private companies could not deliver a universal health care system. This is why, in the teeth of substantial opposition, Bevan insisted on provision through hospitals owned and operated directly by the NHS.
- 13.4 The economics of social care are hopelessly entangled with the economics of real estate. A capitalisation model that relies heavily on private equity leaves providers exposed to cost pressures at the delivery level. These companies are heavily reliant on high occupancy levels, and to remain viable they have little option but to try to push costs down to their lowest possible level. Given that staffing is the biggest cost, it is inevitable that front line care workers suffer the brunt of this, not just in terms of pay but also working conditions and pensions. By comparison with their Council and NHS counterparts, private sector care workers are the second-class citizens of the caring professions. It is therefore unsurprising that the sector faces major recruitment and retention issues.
- 13.5 These issues will not be addressed by simply replacing local authority commissioners with nationally appointed commissioners. Nor, given the nature of the social care

economy, will they be fully addressed by an increase in funding. Such an increase is no doubt needed, along with a fair mechanism for achieving it, but any increase in guaranteed income will drive up the capital value of care firms, making them even more attractive as targets for merger and acquisition. All that means an increase in the debt charged to balance sheets and a further drain on care home income and by extension, the public purse. The likelihood of increased expenditure leading to any major improvement in the terms and conditions of care workers seems slim.

- 13.6 Given that low pay and pension provision is clearly identifiable as a significant factor in the failure of the current system, an increase in front line costs must be factored in to any solution. For this to be affordable it is vital that the issue of leakage from front line income is tackled. As discussed above, it is particularly important to ensure that any increase in public spending on care services does not go to shore up yields to speculative investors looking to profit from the Welsh taxpayer.
- 13.7 The interdependency of health and social care is well understood and clearly reflected in the vision of Welsh Ministers. It is difficult to really know how much an improved and effective care service would cost, but what is clear is that a large part of this cost could be offset (potentially fully off-set) by cross-sectoral efficiency gains.
- 13.8 Just increasing the level of care to a level that would allow the timely discharge of elderly hospital patients could save the public purse many millions of pounds in bed blocking costs. But to create a fully integrated system that could drive end to end synergies, from low level preventative home help, through to post hospital residential care, requires a degree of joining up that is unlikely to be achieved in a system that has hundreds of different suppliers, each with their own organisational goals and objectives which, in many cases, have little to do with the efficacy of the health care system as a whole and as discussed, often end up prioritising yield to investors over the well-being of those in their care.
- 13.9 It is difficult to envisage a solution that does not involve a major expansion of public sector provision. Creating a critical mass of publicly employed care workers would be the best way to push up the terms and conditions of this neglected section of the workforce, without creating an immediate crisis for front line care companies. This in itself could transform the sector and deal with the crisis of recruitment and retention that limits the ability of the sector to expand to meet rising demand and creates an associated crisis for the NHS.
- 13.10 Bringing care staff into the employment of councils or the NHS would improve rates of pay and working conditions and give access to decent pensions. The private sector would have to respond to remain competitive but with public provision available, pressure to increase fees would be lessened. Expanding public sector provision would also act to check the inflationary impact of merger and acquisition by ensuring a significant proportion of care is provided in buildings funded through lower cost public sector capital.

13.11 A National Care Service that does not incorporate a renewal of public sector provision will amount to little more than a national commissioning service. Whilst funding can and should be increased, the impact of doing so will be reduced from what it could be if the extra funding ends up in the pockets of real estate investors and the, often non-UK companies that sit above the complex commercial structures that characterise the industry. If this market model is allowed to continue care workers will remain underpaid and there will be no end to the pressure on companies at the delivery level to move away from low-cost delivery models.



sector preifat ymateb i barhau'n gystadienol ond gyda darpariaeth gyhoeddus ar gael, byddai yna lai o bwysau i gynyddu ffioedd. Byddai ehangu darpariaeth y sector cyhoeddus hefyd yn gweithredu i atal effaith chwyddiant uno a chaffael sefydliadau drwy sicrhau bod cyfran sylweddol o ofal yn cael ei ddarparu mewn adeiladau a ariennir drwy gyfalaf sector cyhoeddus, sy'n rhatach.

13.11 Ni fydd Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol nad yw'n ymgorffori adnewyddu darpariaeth y sector cyhoeddus yn ddim mwy na gwasanaeth comisiynu cenedlaethol. Er y gellir, ac y dylid, cynyddu lefelau cyllido, bydd effaith gwneud hynny yn cael ei leihau o'r hyn y gallai fod pe bai'r cyllid ychwanegol yn mynd i bocedi buddsoddwyr mewn eiddo a chwmnïau o du allan i'r DU sy'n aml yn eistedd uwchben y strwythurau masnachol cymhleth sy'n nodwedd amlyg o'r diwydiant. Os caniateir i'r model marchnad hwn barhau, bydd gweithwyr gofal yn dal i fod heb gyflwg digonol ac ni fydd diwedd ar y pwysau ar gwmnïau sy'n darparu'r gwasanaeth i symud oddi wrth fodolau gweithredu cost isel.

profesiynau gofalu. Nid yw'n synnod felly bod y sector yn wnebu problemau recriwio a dargadwedd sylweddol.

13.5 Nid oes modd mynd i'r atafael â'r anawsterau hyn drwy ddim ond disodli comisïynwyr awdurdodau lleol â chomisiynwyr a benodwyd yn genedlaethol. Ac ni fydd y setyllfa ychwaith, o ystyried natur yr economi gofal cymdeithasol, yn cael ei datrys yn llawn gan gynydd mewn cyllido. Yn ddiamau, mae angen cynydd o'r fath, ynghyd â mecanwaith teg ar gyfer ei gyflawni, ond bydd unrhyw gynydd mewn incwm gwarantedig yn cynyddu gwerth cyfalaf cwmnïau gofal, gan eu gwneud hyd yn oed yn fwy deniadol fel targedau ar gyfer uno a chaffael. Mae hynny oll yn golygu cynydd yn y ddyled ar fantolenni a straeu pellach ar incwm cartrefi gofal ac yn sgil hynny, arian cyhoeddus. Mae'n anhebygol iawn y bydd cynydd mewn gwariant yn arwain at unrhyw welliant mawr yn nhelerau ac amodau gweithwyr gofal.

13.6 O ystyried bod cyflog a darpariaeth pensïwn isel yn amlyg yn ffactor arwyddocaol ym methiant y system bresennol, rhaid ystyried cynydd mewn costau rheng flaen fel rhan o unrhyw ateb. Er mwyn i hyn fod yn fforddiadwy, mae'n hanfodol mynd i'r atafael â'r problemau o arian yn cael ei goll o incwm rheng flaen. Fel y trafodwyd uchod, mae'n arbennig o bwysig sicrhau nad yw unrhyw gynydd mewn gwariant cyhoeddus ar wasanaethau gofal yn mynd i gynyddu elw i fuddsoddiwyr allanol, sydd am wneud arian ar draul trethdalwyr Cymru.

13.7 Mae cyd-ddibyniaeth iechyd a gofal cymdeithasol yn cael ei ddeall yn dda a'i adlewyrchu'n glir yng ngwleddigaeth Gweinidogion Cymru. Mae'n anodd gwybod faint y byddai gwasanaeth gofal gwell ac effeithiol yn ei gostio, ond yr hyn sy'n amlyg yw y gallai rhan fawr o'r gost hon gael ei gwrthbwyso (o bosibl ei gwrthbwyso'n llawn) gan enillion effeithlonrwydd traws-sector.

13.8 Gallai cynyddu lefel y gofal i lefel a fyddai'n caniatáu rhyddhau cleffion oedranus o'r ysbty yn amserol arbed miliynau lawer o bunnoedd mewn costau blocio gwelyau. Ond er mwyn creu system gwbl integredig a allai ysgogi synergedd o un pen i'r llall, o gymorth ataliol lefel isel yn y cartref, i ofal preswyl ar ôl dod allan o'r ysbty, mae angen rhywfaint o gydgyssylltu sy'n annhebygol o gael ei gyflawni mewn system sydd â channoedd o gyflwynwyr gwahanol. Mae pob un o'r rhain â'i nodau a'i amcanion setylliadol ei hun nad oes a wneont, mewn llawer o achosion, ag effeithiolrwydd y system gofal iechyd yn ei chyfarwrydd, ac fel y trafodwyd, yn aml yn blaenoriaethu elw i fuddsoddiwyr dros lesiant y rhai yn eu gofal.

13.9 Mae'n anodd rhagweld ateb nad yw'n golygu ehangu darpariaeth y sector cyhoeddus yn sylweddol. Creu cartan ddigonol o weithwyr gofal a gyflwgr yn gyhoeddus fyddai'r ffordd orau o withio telerau ac amodau'r rhan hon o'r gweithlu sy'n cael ei hesgeuluso i fyny, heb greu argyfwng uniongyrchol i gwmnïau gofal rheng flaen. Gallai hyn ymddoi'n hun drawsnewid y sector a delio â'r argyfwng recriwio a dargadwedd sy'n cyfyngu ar allu'r sector i ehangu i ateb y galw cynyddol, gan greu argyfwng cysylltiedig i'r GIG.

13.10 Byddai dod â staff gofal i mewn i gyflogaeth cynghorau neu'r GIG yn gwella cyfraddau cyflog ac amodau gwaith ac yn rhoi mynediad at bensiynau teiling. Byddai'n rhaid i'r



13.1 Mae cydnabyddiaeth eang nad yw'r model cyffredol ar gyfer darpariaeth a chyllido gofal cymdeithasol yng Nghymru yn gweithio. Mae darparwr gofal yn cael trafferth dal eu gatael mewn digon o incwm i barhau i fod yn fasnachol hyfry; mae staff gofal yn brin o gymhelliant ac mae'n anodd eu recriwtio a'u cadw. Mae gwasanaethau'n dameidlog, gyda llawer o'r rhai sy'n derbyn gofal yn cael eu gortodi i gyfrannu at ffrifedd i sicrhau gofal preswyl neu'n cael eu gadael gydag ychydig iawn o ddarpariaeth yn y cartref.

13.2 Mae'r gost i'r trefndalwr yn mynd ymhell y tu hwnt i ofal ei hun. Mae'r cysylltiad rhwng darpariaeth gofal o ansawdd uchel yn y cartref a'r tebygolrwydd y bydd angen gofal ysbity ar bobl oedranus wedi'i hen sefydlu; felly hefyd y cysylltiad rhwng yr amser y mae person oedranus yn ei dreulio yn yr ysbity ac argaeledd gofal yn ystod cyfnod adferiad, naill ai yng nghartref yr unigolyn neu mewn sefydliad preswyl. Yn gyffredinol, cydnabyddir bod gofal ataliol yn y cartref yn well na gofal iechyd adweithiol ac mae darpariaeth preswyl sy'n addas i'r diben yn eiflen hanfodol mewn pecyn cynhwysfawr di-dor sy'n gwneud y defnydd gorau o arian cyhoeddus ac sy'n gofalu am bobl pan fydd ei angen arnynt fwyaf. Ond mae'r system gofal cymdeithasol yn dameidlog, yn anghyson ac yn aml nid yw wedi'i hintegreiddio â'r gwasanaethau eraill sy'n ffurfio gwladwriaeth les y DU.

13.3 Mae Llywodraeth Cymru wedi ymrwymo i fynd i'r afael â'r materion hyn. Yn briodol, o ystyried amlygrwydd yr AS Cymreig, Aneurin Bevan wrth greu cyflawniad polisi cymdeithasol mwyaf y DU, y Gwasanaeth Iechyd Gwladol, mae Gweinidogion Cymru yn hyrwyddo Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol i Gymru. Mae yna addewid am wasanaeth cyffredinol, am ddim ac wedi'i ariannu'n llawn lle caiff ei ddarparu sy'n gweithio er budd pawb. Mae hyn yn rhywbeth sy'n derbyn cefnogaeth eang ond fel y mae'r papur hwn yn ei ddangos, bydd yn anodd ei gyflawni os nad yw'n mynd i'r afael â'r anghysondeb rhwng nod gwasanaeth cyffredinol wedi'i ariannu'n gyhoeddus a model ar gyfer darpariaeth sy'n dibynnu'n bennaf ar y sector preifat. Roedd penseir i'r GIG yn ymwybodol iawn na allai model sy'n dibynnu ar gomisiynu gwasanaethau gan gwmnïau preifat ddarparu system gofal iechyd cyffredinol. Dyma pam, yn wneub gwrthwynebiad sylweddol, y mynnodd Bevan ddarpariaeth drwy ysbityl oedd yn eiddo i'r GIG ac oedd yn cael eu rhedeg yn uniongyrchol gan y Gwasanaeth Cenedlaethol.

13.4 Mae economeg gofal cymdeithasol ynghlwm wrth economeg eiddo a gwerth adeiladau; sefyllfa sy'n anodd ei datrys. Mae model cyfalafu sy'n dibynnu'n helaeth ar fuddsoddiad preifat yn gadael darparwr yn agored i bwysau cost ar lefel darparwr gwasanaeth. Mae'r cwmnïau hyn yn ddiwyddol iawn ar lefelau preswyl uchel, ac er mwyn gallu dal ati i weithredu nid oes ganddynnt lawer o ddewis ond ceisio gweithio costau i lawr i'w lefel isaf posibl. O ystyried mai staffio yw'r gost fwyaf, mae'n anochel mai gweithwyr gofal rheng flaen sy'n dioddef fwyaf yn sgil hyn, nid yn unig o ran cyfiog ond hefyd amodau gwaith a phensïynau. O'u cymharu â'u cymheiriaid sy'n gweithio i'r Cyngor a'r GIG, gweithwyr gofal yn y sector preifat yw dinasyddion ail ddosbarth y

- 12.4 Roedd cynigion yr Alban ar gyfer GGC yn gwrthod yn llwyr y syniad o 'wladoli' yn seiliedig ar y costau gwaharddol fyddai ynghlwm â chaffael yr eiddo cysylltiedig. Roedd hyn yn seiliedig ar dystiolaeth anecdotol am enghraifft yn Ucheliroedd yr Alban. Gellir lleihau'r ddadl hon gan y rheidrydd cllr, sydd wedi'i gynnwys yn y cynigion hyn, i wahannu elfennau preswyl costau (a pherchnogaeth) a'u rheolaeth oddi wrth y ddarpariaeth o wasanaethau gofal.
- 12.5 Pe bai awgrym pellach yn cael ei wneud y dylid dod â'r ystad brefat i berchnogaeth gyhoeddus ar ryw adeg, neu ymateb i unrhyw newid yn y dirwedd ariannol bresennol er mwyn manteisio ymhellach ar gostau eiddo yn erbyn costau gwasanaeth, yna byddai cynnig i sefydlu'r rhenti am gyfnod er mwyn diogelu cyllid ar bob ochr yn ddarvoudus.
- 12.6 Mae ansefydlogrwydd y farchnad, ynghyd â'r dystiolaeth o nifer y contractau sy'n cael eu 'dychwelyd' yn cyflwyno achos cymhellol dros ymyriad cyhoeddus. Maent hefyd yn cyflwyno cyfle i gaffael; mae'n anochel bod rhai darparwyr a gweithredwyr ar fin mynd i'r wal, ac mae hon yn sicr yn ddadl a wnaed gan gynrychiolwyr y sector preifat. Mae hon yn ddadl gref dros ymateb newid ac efallai y byddai llawer yn y sector preifat sydd ohoni'n croesawu'r cyfle i symud neu ddatfuddsoddi.
- 12.7 Amcangyfrifodd adroddiad diweddar gan Age UK fod 'diffyg gofal cymdeithasol yn Lloegr ... yn costio'r swm syfrdanol o £500 bob munud' i'r GIG neu tua £900m y flwyddyn. Mae'n debygol bod y sefyllfa yng Nghymru o leiaf cynyddw os nad yn waeth. Cydnabyddir yn eang bod y broblem wedi'i hachosi gan brinder gofal preswyl ac yn y cartref sy'n atal pobl hyn nad oes bellach angen gofal iechyd arnynt rhag cael eu rhyddhau o'r ysbty, ond na allant ddechweilyd adref heb gymorth neu eu bod yn methu â chael mynediad i ofal preswyl.
- 12.8 Byddai cynyddu'r ddarpariaeth yn amlyg yn arbed gwariant sylweddol i'r GIG ac, o ystyried yr amcangyfrifir mai cost cadw pobl yn yr ysbty yw £400 y dydd, o gymharu â £100 am ofal preswyl, gallai lefel yr arbediad hwnnw fod hyd yn fwy na chost darpariaeth gofal ychwanegol. Mae achos ariannol cryf felly dros gynyddu'r cyllido sydd ar gael ar gyfer gofal cymdeithasol er mwyn galluogi awdurdodau lleol i gaffael mwyl o welyau mewn gofal preswyl preifat ac i gynyddu'r ddarpariaeth yn y cartref. Fodd bynnag, fel y trafodwyd mewn man arall yn yr adroddiad hwn, ni fyddai cynyddu'r cyllido sydd ar gael yn newid strwythur economaidd y sector gofal. Ni fyddai'n dileu'r cymhellion cryf ar lefel darparwyr i yrru costau mor isel â phosibl a byddai'n annhebygol o arwain at welliannau sylweddol yng nghyfllog ac amodau gwaith staff gofal. Ni fyddai ychwaith yn golygu gwelliannau mewn ansawdd i gwsmeriaid.
- 12.9 Mae diffyg ariannu yn y sector gofal yn amlyg yn broblem, ond nid dyna'r broblem gyfan. Oni bai bod camau'n cael eu cymryd i dynnu gofal allan o system farchnad sy'n blaenoriaethu elw i fuddsoddwyr, bydd unrhyw gynnydd mewn cyllido, yn rhannol o leiaf, yn cael ei gollu ar unwaith ar ffurf elw uwch, rhenti chwyddedig ac i dalu dyledion. Yn ogystal, byddai cadw cadwyn gyfleniwi dameidiog yn gweithio yn erbyn yr effeithlonrwydd traws-sector a allai ddeillio o'r system integredig a ragweilir yn 'Cymru Iachach'.

- 11.13 Gall costau aros mewn cartref gofal amrywio'n sylweddol rhwng darparwyr cartrefi gofal, cyfluesterau unigol a rhanbarthau. Er enghraifft, po fwyaf arbenigol yw'r gofal (fel gofal dementia) yr uchaf yw'r ffioedd cartref gofal.
- 11.14 Yn gyffredinol, mae cartref gofal sy'n cynnig amgylchedd mwy cyfforddus a chyfluesterau o ansawdd gwell yn codi ffioedd uwch. Mae ffioedd cartrefi gofal yn cynnwys costau gwesty: lleŷy, golchi dillad, prydau bwyd, gwresogi, goleuo, a.y.b. ynghyd â chostau gofal: gofal preswyl, gofal nyrsgo, gofal dementia.
- 11.15 Mae hyn yn cynnig rhai opsiynau ymarferol ar gyfer y syniad y gellid gwahanu costau gofal oddi wrth elfennau preswyl y gyllideb gofal.
- 11.16 Pe gellid nodi hyn yn glir ac yn gwbl dryloyw ar bob ochr, yna daw'r opsiwn i ddod â chanran uwch o'r gweithlu preifat i mewn i'r sector cyhoeddus heb newid natur na lleoliad y ddarpariaeth yn y tymor byr, yn ffordd amwng o ail-gydbwysu'r sector. Gellid mynd i'r afael â'r pryder allweddol ynghylch cyflogau ac arferion gwaith yn y modd hwn.
12. Materion Gyllido
- Cost trosglwyddo i ddarpariaeth gyhoeddus.**
- 12.1 "Rydym yn pryderu, drwy amlinellu'r manylion hyn, y gallwn roi'r argraff anti-riadol ein bod yn credu mai newid strwythurol yw'r hyn sydd bwysicaf. Nid dyna yw'r achos. Mewn rhai ffyrdd byddat'n well genny'm beidio â gorfod argymhell unrhyw newid strwythurol o gwbl. Mae pob newid strwythurol yn golygu ymdrech, ac arian, y bydd rhai pobl yn dadlau y byddat'n cael ei ddefnyddio'n well i gynnig cymorth i bobl. Nid ydym yn anghytuno. Ond mae angen newid strwythurol os yw'r strwythurau eu hunain yn rhwystro gofal a chymorth da i bobl; dyna yw'r achos ar hyn o bryd yn ein barn ni." Achos dros Wasanaeth Gofal Cenedlaethol, Llywodraeth yr Alban, 2021
- 12.2 Un o'r prif feiriadaethau a gwrthwynebiad i ddarpariaeth gyhoeddus gynyddol yw'r canfyddiad o'r costau sy'n gysylltiedig â hynny. Mae costau gweithwyr, a'r cynnydd yn y costau hynny, yn arbennig yn cael eu defnyddio'n aml fel rhwystr i newid. Rhaid i unrhyw gynnig felly fynd i'r afael â'r materion hyn ac awgrymu gwrth-ddadl i liniaru'r honiadau.
- 12.3 Fel y trafodwyd yn yr adroddiad hwn, mae Gofal Cymdeithasol yn aml yn gweithredu ar lefelau eilw sy'n ymddangos yn denau iawn, ac mae llawer o ddarparwyr rheng flaen yn ei chael hi'n anodd gwneud eilw o gwbl. Ar yr wneud felly, ni fyddat'i symud i fodol darparu cyhoeddus nid-er-eilw yn gwrthbwysu'r cynnydd mewn costau staff a tydd yn deillio o'u dwyn i mewn i'r sector cyhoeddus. Fodd bynnag, mae'r ffordd y caiff Gofal Cymdeithasol ei ariannu'n golygu bod symiau enfawr yn cael eu colli o'r system ar ffurf taliadau i gwmnïau dallianol ac yn y pen draw, buddsoddwyr mewn eiddo. Byddat'i model sy'n dilu hyn yn rhyddhau symiau sylweddol a allai o bosibl wrthbwysu'r costau ychwanegol.

darparwy.<sup>20</sup> Mae cyllido tymor byr yn sgil Covid-19 wedi helpu i atal lletiau uwch o fethiant, ond mae ansicrwydd mawr ynghylch y dyfodol.

11.7 Rhybuddiodd cadeirydd y Grŵp Gofal Annibynnol, set coffi lobbio yn y sector preifat, y gallai fod methiannau a bod angen am newidiadau yn y model cyllido gan ddwud, 'Mae darparwy'r gofal wedi bod yn dioddef caledi ariannol ers blynnyddoedd lawer oherwydd diffyg cyllido dybryd.'<sup>21</sup>

### Sefyllfa'r Farchnad yng Nghymru

11.8 Mae mwy na deuddeg cant o gartrefi preifat yng Nghymru. Mae cyfanswm o 13,000 o bobl yn gweithio yn y sector gofal cymdeithasol yng Nghymru; amcangyfrifir bod hyn ugain mil o bobl yn brin o'r gofyniad. Mae nifer y swyddi gwag yn y sector yn agosau at ddeg y cant.<sup>22</sup>

### Gofal yn y Cartref

11.9 Gall costau gofal yn y cartref amrywio'n fawr, yn dibynnu ar leoliad. Mae yna amrywiadau rhanbarthol sylweddol. Bydd costau hefyd yn dibynnu ar ba fath o ofal sydd ei angen, faint o ofal sydd eu hangen a pha amser o'r dydd a'r wythnos sydd angen y gofal hwnnw (gallai penwythnosau gostio mwy – a gall gwyliau banc gostio dwbl.)

11.10 Yn dibynnu ar yr amgylchiadau, mae'n bosibl y bydd pecynnau gofal yn gallu cyfuno gofal yn y cartref ffurfiol â chymorth anffurfiol gan berthnasau a ffirndia. Mae cael mynediad at ofal seibiant (arhosiad byr mewn cartref gofal), os oes angen, yn opsiwn a argymhellir. Mae hyn yn arbennig o bwysig i'w ystyried os yw'r teulu'n chwarae rhan sylweddol mewn darparu'r gofal.

### Llety Gwarchod

11.11 Mae costau byw mewn tai sy'n cael eu gwarchod a llety gofal ychwanegol yn cynnwys rhannau ar wahân. Mae'r rhannau hyn yn cynnwys: tai ar gyfer gwasanaethau cymunedol, rhent ar gyfer eiddo unigol, costau gwresogi, costau cymorth cysylltiedig â thai a ddarperir gan weithwyr cymorth, a chostau gwasanaethau gofal (lle derbynir gofal).

11.12 Nid yw'n syndod bod ffioedd yn amrywio yn ôl lleoliad, darparwydd, y math o wasanaethau a ddarperir a faint o ofal y mae'r preswilydd yn ei dderbyn. Cost gyfartalog cartref gofal preswyl yn y DU, yn 2020, oedd £34,944 y flwyddyn, gan godi i dros £48,720 y flwyddyn pan gaiff gofal nyrso ei gynnwys.<sup>23</sup>

<sup>20</sup> <https://www.adass.org.uk/adass-spring-survey-21>

<sup>21</sup> <https://independentcaregroup.co.uk/Mai%2020>

<sup>22</sup> Socialcare.wales, The Economic Value of the Adult Social Care sector - Wales Final report, 2018

<sup>23</sup> Laming Buisson, Care of Older People UK Market Report 31st edition, 2020

11.2 Alladeiladu gallu awdurdodau lleoli i ddarparu gofal tyddai'r prif ofyniad. Byddai angen galluogi cynghorau i ganolbwyntio ar ddarparu gwasanaethau cyhoeddus yn uniongyrchol, yn hytrach na dim ond gweinyddu cyllid, rheoli perfformiad a negodi contractau. Yn gyntaf, trwy symud o ofal personol wedi'i gomisiynu at i'riannu'n gyhoeddus i ofal personol wedi'i ddarparu'n gyhoeddus ac yna, yn arafach fel y byddai buddsoddiad yn caniatáu, caffaeli capaciti gwasanaeth gofal preswyl sector cyhoeddus o ansawdd uchel. Roedd cynigion Llafur yn seiliedig ar y dybiaeth realistsig y byddai angen i Awdurdodau Lleoli gynyddu'n raddol nifer y cartrefi gofal yn eu mediant.

11.3 Y cynllun oedd cynnig cymorth i gynghorau lleoli, gan sicrhau bod ganddynt ddigon o gapasiti i gymryd drosodd cartrefi a gwasanaethau sy'n bodoli ar hyn o bryd, nid yn unig lle maent yn methu, set yr unig adeg y mae hyn wedi digwydd hyd yn hyn, ond hefyd lle byddai hynny o fudd i weithrediad effeithlon ac effeithiol y gwasanaethau hynny. Mae geiriad ac egwyddor y newid hwnnw'n cynnig cryn lawer o gyflie am ddehongliad. Mae'n amlwg fodd bynnag bod unrhyw ddehongliad o'r geiriad yn dangos y potensial ar gyfer cyflogi gweithwyr gofal yn uniongyrchol gan Awdurdodau Lleoli. Gweithwyr gofal sydd yn y sector preifat ar hyn o bryd yw'r prif ffocws ar gyfer newid.

11.4 Roedd cynigion blaenorol yn derbyn y gallai Awdurdodau Lleoli, yn eu rôl o gomisiynu gwasanaethau, atgyfnerthu safonau a rheoliadau sector gofal a osodir yn genedlaethol. Mae hyn yn cynnwys safonau gofal moesegol, rheolau ymddygiad, costau gweithlu, cyflogau'r sector ac arterion yn y gweithle. Fodd bynnag, mae hefyd yn cydnabod cyfyngiadau comisiynu. Y polisi y mae Llafur wedi'i ddatgan yw 'Er mwyn sicrhau sefydlogrwydd hirdymor y sector gofal cymdeithasol, byddwn yn sicrhau bod gofal yn cael ei ddarparu'n foesegol, ac yn dechrau adeiladu capaciti mewnol ar gyfer gofal yn y cartref, gan weithio tuag at system lle mae'r sector cyhoeddus yn chwarae'r rôl fwyaftrifol wrth ddarparu gofal.'<sup>17</sup>

11.5 Mae yna dystiolaeth hefyd nad yw'r system bresennol yn ariannol hyfryw yn y tymor hir. Aeth pedwar cant o ddarparwyr cartrefi gofal i'r wal yn y pum mlynedd hyd at 2018 (The Guardian, 2018)<sup>18</sup> ac mae cynghorau'n cael mwy a mwy o gcontractau gofal wedi'u trosglwyddo'n ôl iddynt (ADASS, 2019). Yn wir, mae saith deg pump y cant o gynghorau bellach wedi cael contractau wedi'u dychwelyd iddynt yn ôl ADASS.<sup>19</sup> Yn ogystal, collwyd mwy na 43,000 o weilyau preswyl a 23,000 o weilyau gofal nrysiol ledled y DU rhwng 2013 a 2018.

11.6 Dywed 82% Gyfarwyddwyr Gofal Cymdeithasol eu bod yn bryderus am gynnaladwyedd rhai o'u darparwyr gofal yn y cartref, ac mae 77% yn pryderu am rai o'r darparwyr cartrefi gofal; mae 19% yn mynegi pryder am y 'rhan fwyaf' o'u

<sup>17</sup> Labour.org.uk, Towards the National Care Service Labour's vision, 2019  
<sup>18</sup> <https://www.theguardian.com/society/2019>  
<sup>19</sup> ADASS.org.uk, ADASS budget survey, 2019

a llawn cymhelliant' a heb hynny, ychydig iawn o obaith sydd o greu gwasanaeth y byddai'r cyhoedd yng Nghymru yn ei gydabod fel 'gwasanaeth gofal cenedlaethol'.

## 10. Cynyddu capasiti mewnl awdurdodau lleol

Ystyriaethau a thysiaethau allweddol;

10.1 Y prif faterion i'w hystyried mewn unrhyw gynnyg yw'r anawsterau sy'n bodoli ar hyn o bryd o fewn y sector gwasanaethau. Materion gweithlu sy'n ymwneud â chyflogau ac amodau yw'r pwnc allweddol y mae angen mynd i'r afael ag ef, ynghyd â recriwtio a dargawedd.

10.2 Ni ellir anwybuddu cyllido gofal yn gyffredinol, ac mae'n rhaid i unrhyw gynnyg gydabod sefylltfa'r farchnad, y ffaith bod gwariant cenedlaethol net wedi gostwng a bod cynhabyddiaeth eang bod angen am fwy o wariant.

10.3 Ni ellir anwybuddu'r angen am all-gydbwysu cyfran y ddarpariaeth gyhoeddus a phreifat. Byddai'n rhaid i unrhyw Wasanaeth Gofal Cenedlaethol y gellir cyfeirio ato felly, yn hytrach na dim ond fframwaith cenedlaethol ar gyfer darpariaeth wedi'i chomisiynu neu system genedlaethol o gylliddebau personol, gael ei ddarparu'n uniongyrchol gan gyffwrdd cyhoeddus. Byddai sefydlu egwyddortion craidd y byddai unrhyw wasanaeth o'r fath yn eu dilyn yn gofyn am lefel uchel o gyfranogiad gan y sector cyhoeddus, gan fynd â'r ysgogwyr syffaenol o gydraddoldeb o ran darpariaeth, safonau gofal, am ddim lle caiff ei ddefnyddio, a.y.b. y tu hwnt i rwymedi-gaethau cychundebol neu orfodaeth.

10.4 Roedd gan y Blaid Lafur yn Lloegr, o fewn eu cynigion ar gyfer Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol,<sup>16</sup> gynlluniau i osod meini prawf cymhwysedd ar gyfer gofal personol am ddim, er mwyn sicrhau y byddai gan bawb, waeth pwy ydynt neu ble maent yn byw, hawl i'r un lefel o gymorth. Darparu gofal personol am ddim fydd sylfaen unrhyw Wasanaeth Gofal Cenedlaethol

10.5 Mae'r achos dros newid yn ddigamsyniol. Dylai'r newid sydd ei angen fod yn radical ac yn uchelgeisiol.

## 11. Modelau darparu gwasanaeth

11.1 Roedd cynigion Lafur ar gyfer Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol yn cynyddu rôl Awdurdodau Lleol wrth gynllunio, dylunio, darparu a gwerthuso gwasanaethau gofal. Er y byddai'r holl weithgarwch hwn yn cael ei gynnal o fewn fframweithiau cenedlaethol, Awdurdodau Lleol oedd y prif gyfrwng ar gyfer darpariaeth sector cyhoeddus llawer ehangach yn y farchnad gofal.

<sup>16</sup> Labour.org.uk, Towards the National Care Service Labour's vision, 2019



9.5 Nid yw'n atresymol dod i'r casgliad, heb gynydd mawr yn y graddau y mae gofali cymdeithasol yn cael ei ddarparu'n uniongyrchol gan gyfrif cyhoeddus, na fydd llawer o symud tuag at yr uchelgais o gael gweithlu iechyd a gofali cymdeithasol cynaliadwy

9.4 Mae gwasanaethau cyhoeddus, gan gynnwys y rhai a ddarperir gan awdurdodau lleol, yn elwa'n sylweddol yn sgil bargeinio am gyflogau ar draws y sector. Arbedir costau drwy beidio â ddyblygu amser ac adnoddau ar bob pwynt darparu gwasanaeth ac mae gweithluoedd yn elwa o wahanu cyflogwyr unigol oddi wrth y strwythur negodi cenedlaethol. Mae'n ddigon posibl y gellid cyflawni ymagwedd sector-cyfan tra'n parhau â threfniadau darparu tamewiog, ond mae'n anodd gweld sut y gellid gofodi cwmnïau preifat i gydymffurfio â threfn o'r fath heb ddeddfwriaeth a chreu trefniadau monitro a gofodi newydd costus.

9.3 Mae adroddiad a gyhoeddwyd yn ddiweddar gan y Pwyllgor Cynghori ar Ymudo (MAC), a gomisiynwyd gan Weinidog Ffinau'r Dyfodol a Mewnudo, yn dod i'r casgliad ei bod yn amlwg bod strategaeth hirdymor, gydymlun ar gyfer y gweithlu, wedi'i gweithredu'n llawn gyda chyllid cyhoeddus digonol, yn hanfodol i wneud gofali cymdeithasol yn yrra ddeniadol, hyfwrw a chynaliadwy. Mae'r adroddiad yn mynd ymlaen i argymhell y dylid datblygu 'Cynllun Pobl ar gyfer gofali cymdeithasol yn unol â'r GIG'. Mae cynllun gweithlu'r GIG mewn gwirionedd yn enghraifft wych o sut y gall cynllun gweithlu cydlynol fynd i'r afael yn uniongyrchol â phroblemau recriwtio a dargadwedd, ond mae'n anodd iawn gweld sut y gellid cyflawni hynny pe bai'r GIG yn cael ei ddarparu ar yr un model â gofali cymdeithasol.

9.2 Mae adroddiad ymchwil diweddar yn dogfennu sut mae staff gofali yn cael eu heffeithio'n negyddol gan fodol sydd i bob diben wedi'i adeiladu ar fanteisio'n annheg ar y gweithlu. Soniodd y rhai y cyfweilyd â nhw am sut yr oedd yn ymddangos bod cyflogwyr yn 'blaenoriaethu elw dros ofal' gan roi manyllion ynghylch sut yr oeddent yn mynd ati'n systematig i leihau costau trwy 'ddiffyg staffio cronig' a 'thorri cornelli o ran darparu gwasanaethau'. Nododd yr ymchwilyr bod sail i'r honiadau hyn mewn llawer o'r llenyddiaeth academaidd, sef bod yna berthynas rhwng modelau busnes ac ymddygiad torri costau:

hon barhau, ychydig o obaith fydd o ddenu'r 20,000 o weithwyr gofali ychwanegol y mae Llywodraeth Cymru yn credu sydd eu hangen i ateb y galw cynyddol dros yn y blynnyddoedd nesaf.

bod hyn oherwydd bod ffioedd yn cael eu gosod yn rhy isel, mae rheswm da dros greu na fydd eu cynyddu, a gwneud dim byd arall, yn datrys y broblem. Byddai'r ffordd y mae'r farchnad yn gweithredu yn golygu bod cyfran sylweddol o unrhyw gynnydd mewn gwariant yn mynd fel taliadau, ffioedd ac elw i'r buddsoddwyr hynny sy'n dibynnu ar werthoedd cyfalaf chwyddedig i dynnu incwm ar draul y rhai sy'n gweithio'n galed i gynnal y gwasanaeth. Heb gynnydd dramatig mewn gwasanaethau gotal wedi'u darparu'n uniongyrchol nid yw hyn yn debygol o newid, ac mae'r cyhoedd yn annhebygol o gael gwerth da am y gwariant sylweddol iawn a wneir ar y gwasanaeth hanfodol hwn.

8.2 Mae llwyddiant y GIG i ddisodli system gotal iechyd preifat oedd wedi torri gyda gwasanaeth cynhwysfawr, am ddim lle caffiff ei ddarparu, yn dangos yn glir arwyddoca'd canolog darpariaeth uniongyrchol. Hebdo mae'n anochel y bydd gwasanaeth ami-haen yn parhau, gan adael y gwasanaeth ymhell o'r hyn y byddai'r than twyat yn disgwyl i Wasanaeth Gotal Cenedlaethol ei ddarparu.

8.3 Heb ddarpariaeth gyhoeddus greiddiol, ni all gwasanaeth cenedlaethol fod yn ddim byd mwy na gwasanaeth a gomisiynir yn genedlaethol – set symud o gomisiynu lleoli i gomisiynu cenedlaethol. Mae p'un a fyddai hyn yn gwella safonau neu i'r gwrthwyneb yn destun dadleuol, ond yr hyn sy'n glir yw na fyddai'n newid yn sylfaenol y system fethedig o gomisiynydd/gweithredwr/cwmni dallianol/arianwr. Os yw Cymru am gyflawni'r newid radical y mae gwneid ym ddiwydion wedi'i addo, rhaid iddi gynnwys 'wedi'i ddarparu'n gyhoeddus' fel elfen angenrheidiol o Wasanaeth Gotal Cenedlaethol.

8.4 Mae'n anodd iawn gweld sut y gellir byth gyflawni'r uchelgais i greu gwasanaeth cynhwysfawr sy'n wirioneddol yn canolbwyntio ar y person mewn system sy'n dibynnu ar fecanweithiau'r farchnad ar gyfer elfennau sylweddol ohoni. Mae marchnadoedd yn darparu'r hyn sy'n broffidiol i gyflwynwyr a buddsoddwyr, ac mewn system gymhleth fel gotal, maent yn annhebygol iawn o gynniig yr ystod iawn o wasanaethau integredig a amlinellir yng ngwledigaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer gotal cymdeithasol.

## 9. Materion Gweithlu

9.1 Un o'r pedair egwyddor a nodir yn nofyn 2019 yw 'Gweithlu iechyd a gotal cymdeithasol cynaliadwy sy'n llawn cymhelliant'. Mae'r papur hwn eisoes wedi nodi sut mae'r model presennol ar gyfer darpariaeth yn creu cymhellion i gadw costau gweithredu mor isel â phosibl. Cyflog isel a darpariaeth benswm mor isel â phosibl yw'r norm, ynghyd ag arferion gwaith sy'n sicrhau cyfraddau trosi uchel a lefelau isel o gymhelliant. Mae'r prinder staff presennol mewn meysydd eraill o economi'r DU, megis manwerthu a lletygarwch, wedi cynyddu cyfleoedd i weithwyr gotal symud i gyflogaeth sy'n llai beichus ac yn aml yn talu'n well. Y canlyniad yw anallu cynyddol y sector gotal i recriwtio a chadw'r gweithlu sydd ei angen i ateb y galw am ofal. Ychydig o ddewis sydd gan y rhai sy'n cynnal y gwasanaeth, wedi'u cyfyngu gan gyfraddau awdurdod lleoli wedi'u capio a thaliadau cyfalaf uchel a thaliadau canolog eraill, ond ceisio lleihau costau gweithredu. Serch hynny, os caniateir i'r ymagwedd

gan gynnwys cyflymu adferiad ar ôl triniaeth a gofal, a chynorthwyo â hunanreolaeth o gyflyrau hirdymor.

**Llais** – grymuso pobl â'r wybodaeth a'r cymorth sydd eu hangen arnynt i ddeall ac i reoli eu hiechyd a'u llesiant, i wneud penderfyniadau am ofal a triniaeth yn seiliedig ar yr hyn sy'n bwysig'idd yn nhw. Hefyd cyfranau at wella ein hagwedd system gyfan at iechyd a gofal; cyfathrebu amserol a chira a chydgyssylltu fel sy'n briodol i oedran a lefel dealltwriaeth.

**Wedi'i bersonioli** – gwasanaethau iechyd a gofal sydd wedi'u teilwra i anghenion a dewisiadau unigol gan gynnwys yn eu dewis iait; meddygaeth fanwi; cynnwys pobl mewn penderfyniadau sy'n ymwneud â'u gofal a'u triniaeth; rhoi cymorth i bobl reoli eu gofal a'u deilliannau eu hunain.

7.2 Gellir ystyried bod cyd-gynhyrchu yn gyferbyniol i ddulliau iwtillitaraidd traddodiadol o gynllunio gwasanaethau cyhoeddus, lle mair brif egwyddor yw llesiant cymdeithasol yn hytrach na llesiant unigol. Yn ymarferol, mae'n rhaid i ddarparwyr gwasanaethau cyhoeddus sicrhau cydbwysedd rhwng nifer o anghenion a blaenoriaethau sy'n cystadlu â'i gilydd, gan gynnwys anghenion defnyddwyr gwasanaethau'r presennol a'r dyfodol, yn ogystal â'r cyhoedd yn ehangach y mae gwasanaethau'n cael eu hariannu o'u trethi.

7.3 Mae awdurdodau lleol mewn sefyllfa unigryw i ymgysylltu â defnyddwyr gwasanaethau yn ogystal â'r gymuned ehangach ar lefel strategol. Gall hyn fod o fudd wrth fynd ati i gynllunio gwasanaethau, ond rhaid iddynt hefyd sicrhau bod rhywfaint o gysondeb o ran yr hyn a ddarperir o fewn ac ar draws ardaloedd awdurdodau lleol.

7.4 Defnyddir y term 'gofal sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn' yn aml i ddisgrifio system sy'n gallu canolbwyntio ar anghenion derbynwyr gwasanaeth unigol. Rhaid i system o'r fath allu ymateb i ystod eang o anghenion gyda chymorth ac ymyriadau priodol. Bydd y rhain yn cynnwys gwahanol lefelau o ofal yn y cartref, o ddarpariaeth cymorth cartref i gymorth ar gyfer anghenion cymhleth; gofal yn yr ysbity pan fo angen; ailalluogi i helpu pobl i ddychweilyd a gofal preswyl pan na allant wneud hynny. Oni bai bod y gwasanaethau hyn, sydd ar hyn o bryd ar wahân ac yn damwidiog, yn cydweithio i ddarparu gwasanaeth cynhwysfawr, ni all y ddarpariaeth gyffredinol ganolbwyntio ar yr unigolyn mewn gwirionedd.

8.1 Mae yna gydnabyddiaeth eang nad yw'r system ofal bresennol yng Nghymru a gweddill y DU yn addas i'r diben.<sup>14</sup> Er y gall darparwyr yn y sector preifat ddadlau

## 8. Crynodeb o'r achos dros ddarpariaeth gyhoeddus

<sup>14</sup> "The current social care system is in crisis and not fit for purpose." Labour, 2019  
Social care system 'unfit for purpose' Anne Longfield, chair of the Commission on Young Lives and the former children's commissioner, 2021  
Social care system 'not fit for purpose'; say nine out of 10 MPs, The Independent, 2017

**Annibyniaeth** – cynnig cymorth i bobl i reoli eu hiechyd a'u llesiant eu hunain, bod yn wlyd ac yn annibynnol am gyfnod hwy, yn eu cartrefi a'u hardaloedd eu hunain,

Mae cyd-gynhyrchu'n elfen allweddol o'r egwyddorion a ddisgrifir yn y ddogfen 2019, Cymru Iachach: ein Cynllun ar gyfer Iechyd a Gofal Cymdeithasol. Mae'n derm a all olygu gwahanol bethau i wahanol bobl, ond mae tair o'r egwyddorion yn arbennig o berthnasol:

## 7. Cyd-gynhyrchu

6.9 Os mair nod yw lleihau'r arian sy'n cael ei gollu ar ffurf elw i gwmnïau dalïannol neu elw i fuddsoddwyr, mae creu elfen sylweddol o ddarpariaeth uniongyrchol yn ffordd llawer mwy sicr o gyflawni'r nodau hyn na hyrwyddo contractio allan i fentrau cymdeithasol.

6.8 Mae Ymddiriedolaethau Hamdden, a sefydlwyd gan awdurdodau lleol â'r un nod o fantaisio ar y gostyngiadau mewn trethi lleol sydd ar gael i elusennau yn y sector, hefyd yn aml yn ailfrandio mewn ffyrdd sy'n eu datgysylltu oddi wrth y corff a'u creodd ac sydd fel arfer yn darparu bron y cwbl o'u hincwm. Mae Celtic Leisure, sydd bellach wedi'i gymryd yn ôl gan Gyngor Bwrdeistref Siroi Castell-nedd Port Talbot, yn un o lawer o enghreifftiau o gwmnïau o'r fath.

6.7 Mae llawer, os nad y mwyaf, o'r cymdeithasau trosglwyddo stoc bellach wedi'u llyncu gan gymdeithasau tai mawr ac yn y bôn nid ydynt yn bodoli mwyach. Mae rheolaeth leol ac atebolrwydd wedi diffianu i raddau helaeth, i'w disodli gan y strwythurau grŵp cymhleth sy'n gysylltiedig â busnesau mawr. Mae cymdeithasau trosglwyddo stoc sydd wedi gwrthsefyll uno a chaffael wedi tueddu i ymbellhau oddi wrth yr awdurdodau lleol y maent wedi deillio ohonynt.

6.6 Mae hanes trosglwyddo stoc tai dros ddau ddegawd cyntaf yr unfed ganrif ar hugain yn enghraifft dda o duedd cyfleoedd i symud i sefyllfa lle mae nifer fach o gwmnïau'n dominyddu'r farchnad (oligopol). Mewn ymgais i symud buddsoddiad mewn tai cyhoeddus y tu allan i reolaethau cyfartal y sector cyhoeddus, roedd llywodraeth y DU o blaid hyrwyddo trosglwyddo i gwmnïau tai a sefydlwyd yn lleol at ddiben arbennig, nad ydynt yn dosbarthu elw. Roedd yn rhaid i drosglwyddiadau o'r fath gael cefnogaeth gan fwyaf y tenantïaid, oedd yn pleidleisio ar sail cynigion a oedd yn ddieithriad yn cynnwys lfeiau uchel o gyfranogiad gan y tenantïaid mewn llywodraethiant ac ymrwymiad lleol. Roedd hyn yn hollbwysig er mwyn sicrhau cefnogaeth gan fwyaf y tenantïaid, a pham bod y mwyafrit helaeth o drosglwyddiadau cyffredinol wedi bod i gyffwrdd lleol newydd eu creu yn hytrach nag i gymdeithasau tai oedd yn bodoli eisoes.

6.5 At hynny, mae economeg y diwydiant gofal preswyl yn effeithio ar ddarparwyr nid-er-elw, yn union fel y mae ar ddarparwyr bach sy'n ceisio gwneud elw. Mewn hinsawdd o brynu ac uno busnesau, mae deiliaid presennol naill ai'n dargedau ar gyfer cael eu cymryd drosodd neu'n awyddus i ehangu drwy ddilyn y llwybr hwnnw eu hunain.

## 6. Achos cyfreithiol

- 6.1 Mae'r fframwaith cyfreithiol ar gyfer gofal cymdeithasol yng Nghymru wedi'i amlinellu yn Nedd Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014.<sup>13</sup> Daeth y darn cynhwysfawr hwn o ddeddfwriaeth i rym yn 2016. Mae'r Ddeddf yn creu nifer o ddyletswyddau trostfaol, gan ddechrau gyda hyrwyddo llesiant pobl sydd angen gofal a chymorth (a gofaliwr sydd angen cefnogaeth). Nid yw'n atresymol dehongli hyn yn nhermau sail statudol i sicrhau bod cyn lleied â phosibl o'r adnoddau cyfyngedig sydd ar gael i ariannu gofal cymdeithasol yn cael eu collu yn sgil costau cyfaliat uwch na'r angen neu elw preifat. Yn wir, mae'r Ddeddf ei hun yn cefnogi'r strwythur hwn drwy greu dyletswydd gadarnhaol ar awdurdodau lleol i hyrwyddo, mentrau cymdeithasol, cwmnïau cydweithredol, gwasanaethau dan arweiniad defnyddwyr a'r trydydd sector yn y ddarpariaeth yn eu meysydd gofal a chymorth a chefnogaeth i ofaliwr'.
- 6.2 Er bod elfen sylweddol o ddarpariaeth gofal cymdeithasol nid-er-elw yng Nghymru, mae'n bwysig bod yn glir sut mae gallu comisiynwyr i ffatrio cwmnïau nid-er-elw dros ddarparwyr allanol eraill yn cael ei gyfyngu gan reolau caffael y sector cyhoeddus, ond hefyd i ba raddau y gellir rhwymo asiantau cyfienwi nid-er-elw i gadwyn gyfienwi sy'n cynnwys dolenni sy'n unrhyw beth ond nid-er-elw.
- 6.3 Mae Rheoliadau Contractau Cyhoeddus 2015 yn caniatáu i gontactau ar gyfer gofal cymdeithasol gael eu 'neilltuo' ar gyfer darparwyr menter gymdeithasol gan fod hyn yn darparu mecanwaith ar gyfer cefnogi'r math hwn o ddarpardd yn rhagweithiol. Fodd bynnag, nid yw hyn yn golygu y gellir cynnig contractau'n uniongyrchol i fenter gymdeithasol benodol, ond mae'n caniatáu cyfyngu cynnigion gan y darparwyr hynny sy'n perthyn i'r categori hwn ac nad ydynt wedi cael contract wedi'i neilltuo o fewn y tair blynedd flaenorol. Mae'r amod olaf hwn i bob pwrpas yn atal darpardd menter gymdeithasol cyfredol rhag cael ei amddiffyn yn barhaol rhag cystadluu euaeth ehangach yn y farchnad. Ni all telerau contract o dan y ddarpariaethau hyn fod yn hwy na thair blynedd.
- 6.4 Er nad yw pob 'menter gymdeithasol', fel y'i diffinnir yn y ddeddfwriaeth, mewn gwirionedd yn sefydlïadau nid-er-elw, mae sawl enghraifft o sut y gellir defnyddio darparwyr gwasanaethau sy'n canolbwyntio ar fudd cyhoeddus fel cyfrwng i gynhyrchu elw i riant gwmnïau a/neu fenthycwyr. Mae gostwng trethi lleol ar gyfer adelladau darparwyr chwaraeon a hamdden wedi arwain at greu nifer o ymddiriedolaethau hamdden hybrid fel y'u gellwir sydd ynghlwm â thalu am wasanaethau prif swyddfa a/neu gyfleusterau benthycu a ddarperir ar sail elw. Er nad yw'r model busnes yn arwain at y lefel o elw a wellir yn y diwydiant gofal preifat, mae serch hynny'n dangos diffyg mawr yn y rhesymeg o ffatrio darparwyr menter gymdeithasol.

<sup>13</sup> Gov. Wales, Social Services and Well-being (Wales) Act 2014, the Essentials, 2019

## Darpariaeth dameidlog

- 5.31 Er bod darpariaeth dan berchnogaeth breifat yn parhau i fod yn flaenllaw, nid oes unrhyw wrthbwyso ar gyfer model sy'n anochel yn blaenoriaethu elw ar fuddsoddiad dros lesiant gofaliwr neu'r rhai y maent yn gofalu amdanynt. Byddai ehangu'r ddarpariaeth sy'n eiddo i'r cyhoedd ac sy'n cael ei hariannu drwy fenthycia cyhoeddus, yn creu'r gwrthbwyso hwnnw drwy gynnig dewis amgen sy'n dryloyw yn ariannol o gymharu â'r farchnad breifat.
- 5.32 Mae cyfraddau llog ar fenthyciadau yn y sector cyhoeddus fel arfer yn sylweddol is na'r hyn sydd ar gael i fenthycwyr preifat. Mae cyfraddau'r Bwrdd Benthyciadau Gwaith Cyhoeddus wedi cynyddu dros y misoedd diwethaf ond maent yn dal i fod yn is na 2% ar hyn o bryd. Hyd yn oed heb effaith chwyddiannol buddsoddiad hapfanachol mewn gofal preswyl, mae cost cyfalfat darpariaeth gan y cynngor yn sylweddol is na buddsoddiad preifat lle mae elw ar gyfalfat yn 11%.<sup>12</sup> Mae costau cyfalfat is yn golygu costau gwasanaeth is.

## Gofal yn y Cartref

- 5.33 Mae'r busnes gofal yn y cartref yn wahanol iawn i ofal preswyl gan ei fod yn gymharol ysgafn o ran asedau. Serch hynny, mae'n golygu'r un math gostau yn erbyn incwm, o ran y ddyled yn sgil prynu asedau ar hap a gwerth asedau anniriaethol megis ewylllys da ar y fantolen. Mae ewylllys da fel arfer yn cyfeirio at y budd canfyddedig sy'n deillio o fod yn rhan o grŵp, wedi'i rannu dros ugain mlynedd o bosib a'i nodi ar fantolen y cwmni gweithredu.
- 5.34 Mae cwmnïau dallianol yn tynnu incwm oddi ar weithredwyr, gan greu rheidrwdd cryf i leihau costau gweithredu, set costau staff yn bennaf. Mae tâl isel fesul awr yn un elfen o hyn, ond mae tystiolaeth gan weithwyr gofal yn dangos bod pwysau i leihau costau hefyd yn effeithio ar glieñtiaid trwy arferion fel 'tocio', lle na chaniateir digon o amser ar gyfer teithio rhwng clieñtiaid, sydd wedyn yn dwyn amser y gall y gofaliwr dreulio gyda nhw.
- 5.35 Mae darparydd gofal cartref mwyaf y DU yn masnachu o dan yr enw Helping Hands. Helping Hands yw enw gweithredol Midlands Care Ltd. Er bod y strwythur y mae'r cwmni hwn yn perthyn iddo yn llawer llai cymhleth na'r Priory Group, mae serch hynny yn rhan o grŵp o gwmnïau, yn yr achos hwn sy'n eiddo i Holt Hold Co Ltd.

<sup>12</sup> Report from National Commissioning Board Task & Finish Group, Costing methodologies and cost pressures in adult care homes, domiciliary care and supported living services in Wales, January 2021.



sydd wedi'u cynllunio'n bwrpasol i leihau faint o dreth maent yn ei thalu. Gallant ddadlau bod trefniadau o'r fath yn caniatáu iddynt weithredu ar lefelau ffioedd a fyddai fel arall yn gortod bod yn uwch, ond rhaid gwrrthbwyso unrhyw arbedion i'r pws cyhoeddus yn erbyn treth sy'n cael ei hosgoi.

**Cymhorthdal cudd a dellir gan hunan-arianwyr**

5.28 Wrti i ffioedd gynyddu ynghyd â chlyfngiadau ar wariant cyhoeddus, mae'r trothwy ar gyfer mynediad at ddarpariaeth a ariennir yn gyhoeddus wedi codi. O ganlyniad i hyn, mae llawer o bobl yn cael eu gortodi i ariannu eu gofal eu hunain, a llawer mwy yn cael eu hunain yn gortod ychwanegu at y cyllido a ddaw gan y cynngor - mae dros hanner y refeniw gofal yn dod gan unigolion preifat. Mae tystiolaeth helaeth bod llawer o gartrefi gofal yn ddibynnol ar y ffynhonnell hon o gyllid a bod y rhai sy'n ariannu eu hunain yn talu ffioedd uwch am yr un lefel o ofal â'r rhai sy'n cael eu hariannu gan y cynngor.

**Diffyg cymhellion i flaenoriaethu ataliaeth**

5.29 Er bod cydnabyddiaeth gyffredinol erbyn hyn y gall darparu ar gyfer anghenion gofal lefel isel atal neu ohirio'r angen am anfon unigolion i'r ysbdyty neu fynd i gartref preswyl, sydd yn llawer mwy costus, nid yw hyn bob amser yn cael ei adlewyrchu yn ymarferol. Anaml y mae cynghorau'n darparu gwasanaethau cymorth cartref ar lefel unigol, er y bu rhywfaint o gynnydd o ran datblygu mecanweithiau ar gyfer trosglwyddo cyllid o'r GIG i wasanaethau lled-ataliol, megis hamdden, parciau neu lyfrgelloedd. Mewn rhai ardaloedd o'r wlad, er enghraifft, mae meddygon teulu yn gallu cael mynediad at wasanaethau hamdden ar bresgripsiwn. Ar y cyfan fodd bynnag, mae'r duedd wedi bod i'r gwrthwyneb, gyda chylliddebau cynghorau yn dioddef y toriadau mwyaf yn sgil cyni ac, yn achos gofal cartref, cynnydd cyson yn y trothwy ar gyfer darparu gwasanaethau. Felly, er bod rhai enghreifftiau rhagorol o sut y gall cymorth gyda thasgau yn y cartref liniaru'r angen am wasanaethau gofal ffurfio a gohirio'r angen am ddarpariaeth breswyl, nid yw'r rhain ar gael am ddim yn y rhan fwyaf o achosion, ac nid ydynt fel arfer yn cael eu darparu gan awdurdodau lleol.

5.30 O ran darpariaeth gyhoeddus, mae creu cyrff cydgyssylltiedig (y Byrddau Partneriaeth Rhanbarthol yng Nghymru) i ddarparu cyfrwng ar gyfer datblygu strategaeth draws-sector yn gydnabyddiaeth amlyg o'r angen am ddull di-dor. Serch hynny, mae strwythur yr economi gofal yn parhau i annog buddsoddiad mewn gwasanaethau sy'n seiliedig ar adeiladau dros ddatblygu gwasanaethau gofal lefel isel. Mae'n amlyg nad yw o fudd i'r mwyafrif helaeth o ddarparwyr gofal preswyl i flaenoriaethu gofal yn y cartref; yn yr un modd, nid oes ganddynt ddi-ddordeb mewn datblygu gwasanaethau ataliol personol na gwasanaethau cyhoeddus yn gyffredinol. Mae hyfnyddedd masnachol gofal preswyl yn dibynnu ar alw cyson gyda'r rhan fwyaf yn gweithredu ar ragdybiaeth o lefelau preswyl o 80% neu'n uwch. Mae'r weledigaeth o integreiddio di-dor yn annhebygol o gael ei gwreiddu mewn system lle nad yw blaenoriaethau cyfnewtyn wedi'u hallinio â rhai'r prynwyr.

**Cwyddiant yn sgil methiant contract pan nad oes dewis arall yn y sector cyhoeddus**

5.24 Lle mae darparwr yn mynd i'r wal, a bod yn rhaid gwneud trefnidau amgen yn gyflym, mae'n debygol iawn y byddant yn ddiryach na'r gwasanaethau y maent yn eu disodli. Mae hyn oherwydd llai o gystadlaethau a'r brys i roi trefnidau ar waith. Heb unrhyw gapasiti ar gyfer darpariaeth uniongyrchol, gall cynghorau gael eu gortodi i gyfuno i gontactau tymor byr gyda phrisiau uwch. Mae cyflogau isel ac amodau gwaith gwael yn arwain at anawsterau o ran recriwio a dargadwedd, gan waethygu anallu darparwr cyhoeddus a phreifat i ddatblygu capasiti newydd. Roedd hwn yn un o'r ffactorau allweddol a ysgogodd Sir Benfro i sefydlu eu gwasanaeth mewnol

**Costau yn deillio o gyfraddau trosi uchel – hyfforddiant, recriwio a.y.b.**

5.25 Mae cyflogau isel, gwaith anodd ac amodau beichus yn anochel yn golygu bod swyddi yn y sector gofal yn llai deniadol na llawer o swyddi eraill sy'n talu cyflogau tebyg. Nid oes amheuaeth bod llawer o bobl yn dewis aros yn y sector er gwaethaf hyn am resymau galwedigaethol, ond mae llawer serch hynny yn gadael am well cyflog ac amodau mewn swyddi llai dyrus. Y canlyniad yw cyfraddau trosi uchel ac o ganlyniad costau recriwio a hyfforddiant uchel. Mae'r costau hyn yn cael eu trosglwyddo i ffioedd wrth i ddarparwr geisio adennill costau. Mae lefelau uchel o drostiant staff hefyd yn effeithio ar ansawdd gwasanaethau ac yn cael effaith andwyol ar lawer o'r rhai sy'n derbyn y gwasanaethau hynny, pobl y mae dilyniant a chysondeb gofal yn arbennig o bwysig iddynt.

**Y gost i bwrs y wlad o gynnal cyflogau isel – budd-daliadau, llai o dreth incwm a.y.b.**

5.26 Mae cyflogau isel yn lleihau'r costau i'r cwmnïau sy'n rhedeg y gwasanaethau ond yn creu costau i gymdeithas. Yn y bôn, cymorthdaliadau i gyflogwyr cyflog isel yw budd-daliadau i'r rhai sydd mewn gwaith. Mae isatwswm cyflog statudol yn helpu, ond mae llawer o weithwyr gofal yn rhan-amser ac mae eu cyflogaeth yn ansicr, sy'n golygu bod yn rhaid iddynt ddibynnu ar gredyd cynhwysol yn aml i dalu am gostau tai ac i gael dau ben llinyn ynghyd. Mae perthynas groes rhwng costau darparwr a'r gost i gymdeithas. Po isaf yw'r bil cyflog, yr uchaf yw'r gost i gymdeithas o gynnal y gweithwyr hynny. Er bod rhywfaint o arbëdion yn cael ei gwneud o ran lefel ffioedd, mae economeg y system ofal yn golygu mair arianwyr sy'n elwa fwyaf o gyflog isel. Mae'r rhai sydd mewn gwirionedd yn darparu'r gofal yn derbyn cyflog isel, ac mae eu sefyllfa'n cael ei dwysáu gan amodau gwaith sy'n golygu y gwrthodir iawndal iddynt am amser teithio, atodladau am gyysgu-i-mewn a hyd yn oed tal pan fyddant yn sal.

**Refeniw treth a gollir yn sgil strwythurau 'treth-ffeithion'**

5.27 Fel y trafodwyd uchod, mae cwmnïau'n gweithredu ar elw isel ac mewn rhai achosion, elw negyddol; felly nid ydynt yn talu fawr ddim treth gortforaeth, os o gwbl. Gall hyn fod o fudd i'r cwmnïau dallianol a chyllidwyr cwmnïau gofal, a all fod yn gwmnïau buddsoddi preifat sydd wedi'u lleoli y tu allan i'r DU. Mewn rhai achosion, gall y gwahanol gwmnïau dan sylw fod yn rhan o'r un grŵp, gan fabwysiadu strwythurau

ddadleuon cyfreithiol hirfaith a chostus. Gall cleientiaid fod yn gynnwys o ddefnyddio cymalau cosb lle bydd y rhain yn achosi anawsterau ariannol i gyflwynwyr ac yn cynyddu'r potensial i sefydlu adau sydd eisoes yn ansicr fynd i'r wal, oherwydd pan fyddant yn gwneud hynny, mae unrhyw risg gytundebol o ochr y cyflwynwyr yn fel arfer yn mynd yn ôl i'r cynngor neu goffi cyhoeddus arall sy'n rhan o'r contract.

**Cost 'codi'r darnau' pan fydd darparwyr yn methu**

5.21 Mewn marchnad damcaniaethol gyda chystadlaethau berrfaith, mae methiant cyflwynwyr aneffeithlon yn agwedd hanfodol ar sut mae'n gweithio. Mae cyflwynwyr nad ydynt yn gallu talu eu costau am bris y farchnad yn mynd i'r wal, a chael eu disodli gan rai sy'n gallu rheoli eu costau yn well. Mewn marchnadoedd preifat gall hyn achosi anghyfleustra i brynwyr (ac wrth gwrs, mae'n drychinebus i'r gweithwyr) ond yn y rhan fwyaf o achosion mae'n cael ei gydnabod fel rhan annatod o'r system economaidd. Fodd bynnag, nid dyna yw'r achos pan fo'r gwasanaeth a ddarperir yn wasanaeth cyhoeddus, yn enwedig un y mae gan y rhai sy'n ei dderbyn hawl gyfreithiol iddo. Os bydd darparwyrdd gotal preifat yn methu, nid oes gan y coffi cyhoeddus mae'n darparu gwasanaethau ar ei ran unrhyw ddewis ond gwneud trefnidau amgen. Mae'r gost sy'n gysylltiedig â hyn ar'r anghyfleusterau i'r rhai sy'n derbyn gotal yn gymhelliant i gyffwrdd cyhoeddus gytuno i unrhyw gynnydd mewn ffoedd er mwyn ceisio atal methiant ond lle mae'n digwydd, fel yn achos Southern Cross, mae'n dal yn debygol o arwain at gynnydd mewn costau.

5.22 Mae profiad Cynngor Sir Benfro, yn wneub yr ansicrwydd a gododd pan aeth Allied Healthcare i drafferthion, yn enghraifft dda o ba mor ansicr y gall trefnidau contractio allian fod, hyd yn oed gyda chyflwynwyr mawr sy'n ymddangos yn ddiogel. Roedd Allied Healthcare yn enghraifft nodweddiadol o strwythur cwmni cymhleth y mae ei dratodion ariannol yn anodd iawn i'w deall. Yn 2015 cofnododd y prif ddarparwyrdd gwasanaeth ar gyfer gotal preswyl yn y grŵp, Nestor Primicare Services, reffeniw o ychydig dros £200m ac elw o £17m. Y flwyddyn ganlynol, ar drosgiant tebyg gwnaeth golled o £13m. Roedd y golled yn ymwneud â chwmnïau eraill o fewn y grŵp heb dalu arian a oedd yn ddyledus iddynt a bod y cwmni o'r Almaen Aurelius SE & Co KGaA wedi prynu'r grŵp.

5.23 Ym mis Mai 2018 ymrwymodd Nestor i Gytundeb Gwrtodol Cwmni (CVA) gyda'i gredydwyr, ac yna'r Comisiwn Ansawdd Gotal (CCG) yn cyhoeddi'r hyn a elwir yn Hysbysiad Cam 6, yn rhoi gwybod i gwsmeriaid Awdurdod Lleol bod y cwmni mewn perygl o fethu. Aeth i ddwylo'r gweinlyddwyr ym mis Tachwedd y flwyddyn honno, gan greu problemau mawr i'w gwsmeriaid, ei weithlu a'i glieientiaid. Roedd Sir Benfro eisoes wedi cytuno mewn egwyddor y byddai greu gwasanaeth mewnol yn cael gwared ar rywfaint o'r ansicrwydd sy'n cael ei greu yn sgil dibyniaeth gyfan-gwbl ar gwmnïau preifat. Roedd y newyddion bod un o'i gyflwynwyr mewn perygl o fethu yn atgyfnerthu'r farn hon, a symudodd y Cynngor yn gyflym i greu darpariaeth sefydlog gyda'r nod allweddol o sicrhau cyflogaeth y gweithlu gotal cyn iddynt bleidlaisio â'u traed a chwilio am waith arall y tu allan i'r sector gotal.

5.20 Mynegir cost gwasanaethau ar gontract allanol yn aml yn nhermau taliadau a wneir i gontractwyr. Mewn gwirionedd, dim ond un elfen o'r gost yw hon. Y llall yw'r gost sy'n gysylltiedig â gweithgareddau cleientiaid. Mae costau ochr y cleient yn cynnwys costau caffael a rheoli contractau a all fod yn uchel, yn enwedig pan nad yw perfformiad cyflwynwr yn bodloni gofynion neu ddisgwylladau. Gall mecanweithiau cytundebol fod yn feichus gydag ymdrechion i'w gweithredu yn aml yn dwysau'n

**Cost gudd rheoli contractau a chaffael**

5.19 Fel y trafodwyd, mae'r model cyllido mwyaf cyffredin yn yr economi gofal cymdeithasol yn gyfrifol am gollï dros 20% o'r incwm o'r system otal ei hun i bŵerchnogion ac artianwyr y cwmnïau sy'n rhedeg y cartrefi. Mae'r rhan fwyaf os nad pob un o'r rhain wedi'u lleoli y tu allan i ardaloedd y cynghorau sy'n darparu cyllid, ac mewn llawer o achosion y tu allan i Gyrru. Amcangyfrifir bod cyfanswm y gwarantiant ar otal cymdeithasol i oedolion yng Nghymru yn £1.2bn, ond mae gwerth economaidd posibl y gwarantiant hwn yn sylweddol uwch na hyn – tua £2.3bn.<sup>11</sup> Mae colled uniongyrchol o 20% neu fwy o hyn yn gyfystyr â cholled sylweddol i'r economi gyfan. Bydd y gollïd hon o ran budd economaidd yn parhau tra bod sefydliadau gofal yn dal i fod yn eiddo i hapfasnachwyr. Byddai dod â chyfran sylweddol ohonynt dan bŵerchnogaeth y cynngor yn effeithio'n uniongyrchol ar y gyfran o wariant ar otal sy'n gadael yr economi.

**Colli Gwerth Economaidd i'r Economi Leol ac Economi Gyrru**

5.18 Ar wahân i'r ffath nad yw'n debygol y bydd marchnadoli'n arwain at y gost isaf, gall defnyddio cyflwynwr preifat i ddarparu gwasanaethau cyhoeddus gynyddu costau cyffredinol mewn ffyrdd nad ydynt bob amser yn amlyg. Trafodir y rhain isod:

5.17 Un o nodweddion y farchnad ar gyfer gofal cymdeithasol yw rhwystrau uchel rhag mynediad o'r ochr cyflwynw; yn ogystal â hynny, nid yw'r galw'n sensitif i brisiau cynyddol. Mewn jargon buddsoddi mae'n rhan o'r hyn a elwir yn sector amddiffynnol, sy'n cael ei weld fel hatan ddiogel i fuddsoddwyr, yn union oherwydd bod y galw'n parhau'n gyson ar adegau o ansicrwydd. Am y rheswm hwn, nid yw'n ddiogel tybio y bydd cystadleuaeth yn sicrhau effeithlonrwydd. Nid yw ychwaith, am y rhesymau a drafodwyd uchod, yn iawn i dybio bod elw cyffredinol yn isel dim ond oherwydd ei fod yn isel neu'n negyddol i gwmnïau darparu.

5.16 Yn achos nwyddau neu wasanaethau y mae prynwyr yn eu hystyried yn hanfodol, mae'r diffyg cystadleuaeth effeithiol ar ran cyflwynwr yn cael ei waethygu gan ddiffyg hyblygrwydd o ran prisiau ar ochr y galw – yn y bon, nid yw prisiau cynyddol yn arwain at ostyngiad yn y galw am nwyddau neu'r gwasanaethau dan sylw; mae prynwyr yn lleihau'r galw am nwyddau a gwasanaethau nad ydynt yn hanfodol yn gyntaf. Mae hyn i'w weld yn glir yn ystadegau gwarantiant awdurdodau lleol o'r cyfnod ar ôl 2009 pan effeithiwyd cryn lawer llai ar y sector gofal o gymharu â gwasanaethau amgylcheddol, wrth i lymder effeithio ar gylliddebau cynghorau.

5.15 Nid yw'r rhan fwyaf o farchnadoedd yn gweithredu fel hyn yn y byd go-iawn. Yn gyntaf, does mo'r fath beth â chystadleuaeth berraf. Mae rhwystrau i fynd i mewn ac allan o farchnadoedd sy'n gweithredu i leihau bygythiad cystadleuol. Mewn llawer o farchnadoedd gall hyn gynnwys cyflwynwyr presennol yn mynd ati i drefnu i'w gwneud yn anodd i gwmnïau newydd ymsefydlu ac mewn eraill, mae yna rhwystrau a godwyd yn fwiadol gan brynwyr. Mae'r cyntaf yn cynnwys cymdeithasau masnach cryf a lobiio effeithiol dros safonau o fewn y diwydiant, tra bod yr olaf yn cynnwys safoni, systemau caffael beichus a thelerau cytundebol hiraith. Gallai'r holl betau hyn fod yn dderbynioi mewn cyd-destun gwahanol ond serch hynny, maent yn camliwio'r berthynas rhwng galw, cyflwyniad a phrisiau.

5.14 Mewn marchnad sydd â'r hyn a elwir yn 'gystadleuaeth berraf', h.y. lle mae cyflwynwyr yn gallu dod i mewn a gadael fel y mynnant, bydd prisiau'n disgyn i'r lefel isaf sy'n caniatáu i gwmnïau effeithlon dalu eu costau (sy'n cynnwys elw ar lefel sy'n eu cadw rhag newid i farchnad sy'n cynnig elw gwell). Mae cwmnïau aneffeithlon yn mynd i'r wal ac mae rhai effeithlon yn cael eu cymell i chwilio am ostyngiadau pellach yn eu costau. Fodd bynnag, gall prisiau godi hefyd er mwyn annog cyflwynwyr newydd i fodloni lefelau uwch o alw. Mewn marchnad arferol mae'r galw yn sensitif i gynnydd mewn prisiau ac felly'n cael ei arafu gan unrhyw gynnydd mewn prisiau. Yn y modd hwn y pris sy'n cydbwysu cyflwyniad a galw ac, yn ôl y ddamcaniaeth, i ddogni adnoddau cyfyngedig, tra ar yr un pryd, yn darparu cymhelliant i gwmnïau leihau costau er mwyn sicrhau llwyddiant yn erbyn y gystadleuaeth.

5.13 Mae nifer o resymau pam nad yw'r farn or-symil hon am farchnadoedd yn wir yn gyffredinol, ond mae'n arbennig o broblemus yn achos gwasanaethau cyhoeddus hanfodol, lle nad yw'r berthynas rhwng cyflwyniad, galw a phrisiau yn un symil.

5.12 Mae pobl yn dadlau weithiau bod marchnadoll'r ddarpariaeth gwasanaethau cyhoeddus yn ysgogi effeithlonrwydd er mwyn sicrhau gwerth am arian cyhoeddus. Y ddamcaniaeth yw bod cystadleuaeth yn y farchnad yn gwithio prisiau i'r lefel isaf lle mai dim ond cyflwynwyr effeithlon sy'n gallu goroesi. Mae colli rhywfaint o arian cyhoeddus i elw preifat yn cael ei ystyried yn bris gwerth ei dalu i withio costau i lawr i'r lefel isaf y gellir darparu'r gwasanaethau hyn.

5.11 Mae'n sicr y byddai ymriad gan y llywodraeth i ortodi gweithredwyr preifat i gynnig gwell tal ac amodau'n cael ei groesawu gan staff gotal, ond o dan y model presennol byddai hyn yn arwain yn anochel at alw am gynnydd mawr mewn ffiioedd ar gyfer trigolion a rienir gan y cyngor. Byddai cyfran o unrhyw gynnydd mewn ffiioedd yn mynd i gynnal lefelau incwm y buddsoddwyr. Fe bai darparwyr yn mynd i'r wal, byddai hyn yn creu gostyngiad yn y cyflwyniad, a fyddai, yn ei dro, yn creu chwyddiant mewn marchnad lle mae'r galw fwy neu lai yn gyson.

5.10 Fe bai cynnydd mewn ffiioedd yn cael ei ganiatáu, byddai hyn yn arwain yn anochel at chwyddiant pellach mewn gwerthoedd cyfartal ac o ganlyniad lefelau uwch o ddyled ar fantolenni. Byddai hyn yn annhebygol o olygu gwell cyfiog ac amodau, o ystyried y rheidrwdd sylfaenol i gadw costau gweithredu ar lefel isel iawn. Ni fyddai ychwaith o reidrwdd yn gwella seyllfa'r gweithredwyr, o ystyried y byddai gwerthoedd cyfartal chwyddedig yn ymddangos yn eu mantolenni.



Mae RemedcoUK Holding yn eiddo i AHC-WW-Jersey Ltd sydd yn ei dro bellach yn eiddo i Waterland Private Equity a'i prynodd gan y cwmni Americanaidd, Arcadia Healthcare. Cwmni o'r Iseldiroedd yw Waterland sydd â buddiannau mewn nifer fawr o gwmnïau sy'n newid yn gyson.

5.5 Mae'r Priory Group ei hun yn cynnwys nifer fawr o gwmnïau – mae cyfrifon diweddaraf y grŵp yn cynnwys rhestr sy'n ymestyn i 5 tudalen.<sup>9</sup> Mae llawer o'r cwmnïau hyn eu hunain yn gwmnïau dalïannol mewn strwythur sy'n anodd ei dreiddio ac sy'n cynnwys sawl cadwyn â brand fel Partnerships in Care. Mae un o gwmnïau dalïannol y Priory Group, sef Priory Group Holdings Number 2, wedi'i gofrestru yn Ynysoedd y Cayman.

5.6 Nid yw cyfrifon cwmnïau gweithredu unigol y Priory Group, y mae llawer ohonynt yng Nghymru, yn cael eu cyhoeddi, gan ei gwneud yn amhosibl mesur pa mor dda y maent yn perfformio. Ar y cyfan, gwnaeth y grŵp gollod enfawr yn 2020 o £270m, er gwaethaf EBITDARM o £157m. Mae'n anodd deall pam fod hyn yn digwydd, ond mae'n amlwg bod Waterland Private Equity yn gweld potensial i ad-ennill gwerth eu buddsoddiad sydd, yn ôl eu gwfan, yn nodweddiadol 'drwy werthu neu gynnig yn gyhoeddus (IPO) y cwmni y bu iddynt fuddsoddi ynddo' gyda chyfnod dal cyfartalog o 3 i 7 mlynedd.<sup>10</sup>

5.7 Yn y pen draw, mae 'gwerth' y buddsoddiad yn y Priory Group yn deillio'n bennaf o ffrïoedd a delir gan gynghorau'r DU, y GIG a'r unigolion hynny sy'n ariannu eu hunain. Mae'n anodd peidio â gweld hyn fel colled mewn gwerth o safbwynt y system iechyd a gotal cymdeithasol. O ystyried mai un o'r pedwar nod sy'n perthyn i'r weledigaeth ar gyfer Cymru yw 'iechyd a gotal cymdeithasol o werth uwch', byddai symud oddi wrth system lle mae gwerth yn cael ei gollu yn y modd hwn yn ymddangos yn rhagofnïad amlwg o'r cynllun ar gyfer Gwasanaeth Gotal Cenedlaethol newydd.

5.8 Nid oes unrhyw awgrym nad yw'r Priory Group nac unrhyw gwmni iechyd a gotal arall sy'n gweithredu yn y DU yn gwneud unrhyw beth nad yw'n unol â rheolau a normau cyfrifeg priodol sy'n gysylltiedig â chwmnïau preifat. Fodd bynnag, rhaid cwestiynu a yw treñiadau o'r fath yn cynnig i'fêl o dryloiywder ac atebolrwydd sy'n gymesur â darparu gwasanaethau y telir amdanynt ag arian cyhoeddus.

5.9 Ar wahân i greu cymhlethdod strwythurol, mae ailsrwythurol aml ar ffurf caffael eiddo drwy gyfuno yn arwain at werthoedd cyfalaf chwyddedig. Mae hyn yn ei dro yn cynyddu'r ddyled sydd ynghlwm â mantolenni cwmnïau gweithredu, gan eu gadael yn agored i unrhyw ostyngiad yn y galw. O ganlyniad, mae ochr darparwy'r farchnad gotal preifat yn edrych yn ansicr, gan ysgogir farn eang bod ffrïoedd cynghorau'n cael eu capio ar i'fêl rhy isel gyda llawer o ddarparwy'r yn dibynnu ar y rhai sy'n ariannu eu hunain i gynhyrchu incwm digonol i allu goroesi. Mae'n anodd gwychod i ba raddau y mae hyn yn wir mewn gwirionedd ac i ba raddau y mae anawsterau ariannol darparwy'r yn ymwneud â'r model cyfalafu ei hun.



## 5. Yr economi gŵal cymdeithasol

model comisiynu presennol, er gyswrt safonau (y rhai isaf sy'n dderbyniol?) wedi'u pennu'n genedlaethol. Mae'r dull hwn yn cynnig potensial i'r llywodraeth fwrw ymlaen â gwelliannau mewn safonau, ond mae'n anodd gweld sut y gall hyn arwain at ddarpariaeth gyffredinol neu fynd i'r atafael â diffyg adnoddau lle caiff y gwasanaeth ei ddarparu. Mae hyn oherwydd bod economeg y farchnad gŵal preifat yn anochel yn blaenoriaethu ei w ar fuddsoddiad yn hytrach na darpariaeth rheng flaen. Yn ogystal â hynny, oni bai bod y llywodraeth yn gwahardd hunangyllido rywsut, mae'n debygol y bydd y model amf-haen presennol ar gyfer darpariaeth yn parhau, ac ni fydd y gweithlu gŵal yn cael y gydnabyddiaeth a'r tali sydd ei hangen arnynt mor ddifawr.

5.1 Mae cwmnïau preifat yn dominyddu'r ddarpariaeth gŵal preswyl yn y DU. Mae'r farchnad yn ddeniadol i fuddsoddwyr oherwydd ei bod yn cynrychioli risg gymharol isel ond yn cynnig enillion ar gyfaliat sydd fel arfer yn gysylltiedig â buddsoddiadau risg uwch. Mae'n werth £15.2bn y flwyddyn, gyda dros hanner yr arian yn dod gan unigolion preifat. Er bod nifer fawr o gwmnïau bach yn y farchnad, mae yna nifer fach o gwmnïau rhwyngwladol sy'n dominyddu'r farchnad. Yn ôl y Ganolfan er Iechyd a Budd y Cyhoedd (CHI), mae 2,316 o gartrefi gŵal yn y DU (30.8% o gyfanswm nifer y gwelyau cofrestredig) yn eiddo i'r 26 cwmni mwyaf, ac mae eu buddsoddwyr yn eu gweld fel ffynhonnell incwm ac elw.<sup>6</sup> Yng Nghymru mae yna dros 1,000 o ddarparwyr mewn marchnad gwerth tua £1.2bn.

5.2 Nid yw strwythur y darparwyr gŵal preifat yn dryloyw o gwbl, gyda'r rhan fwyaf o'r cadwyni mawr yn eiddo i gwmnïau dalïannol. Mae'r cwmnïau hyn, a sefydlir yn aml gan fuddsoddwyr preifat, yn tynnu canran uchel o'u henillion i dalu dyledion, dibrisiant asedau, ad-daliadau asedau diriaethol ac anniriaethol a rhent. Amcangyfrifir y gall hyn fod cymaint ag 20% neu fwy o'r hyn a elwir yn, EBITDARM (Incwm Cyn Log, Treth, Dibrisiant, Ad-daliadau, Rhent a Chostau Rheol), sy'n golygu bod y cwmnïau eu hunain, h.y. y darparwyr gŵal, yn aml yn cynhyrchu lefel isel iawn o ran incwm, neu hyd yn oed yn gwneud colled. Gall hyn fod yn effeithlon o ran treth, ond mae'n arwain yn anochel at ymdrechion i leihau costau, a chyflogau'r staff yw'r costau mwyaf mewn lleoliadau o'r fath.<sup>7</sup>

5.3 Fel y trafodwyd uchod, mae cwmnïau sy'n rhedeg sefydliadau gŵal cymdeithasol yn aml yn rhan o strwythurau busnes cymhleth. Un o gwmnïau gŵal mwyaf y DU yw'r Priory Group a gofnododd, yn eu cyfrifon diweddaraf, refeniw o £872m o wasanaethau Iechyd, Addysg a Gŵal Cymdeithasol i Oedolion.<sup>8</sup> Daw'r rhan fwyaf o'i refeniw o'r GIG ac Awdurdodau Lleol.

5.4 Prynwyd y grŵp yn ddiweddar gan gwmni o'r enw RemedcoUK Ltd, sy'n eiddo i RemedcoUK Holding Ltd. Cafodd y ddau gwmni eu hymgortfori ym mis Rhagfyr 2020.

<sup>6</sup> Centre for Health and Public Interest, Plugging the Leaks in the Care Home Industry, 2019  
<sup>7</sup> Competition and Markets Authority (CMA), Care homes market study Financial analysis working paper, 2017  
<sup>8</sup> Priory Group Limited, Parent Company Accounts for year ending Dec 2020, Companies House

mewn penderfyniadau sy'n ymwneud â'u gofal a'u triniaeth; rhoi cymorth i bobl reoli eu gofal a'u deilliannau eu hunain.

**Di-dor** – gwasanaethau a gwybodaeth sy'n llai cymhleth ac wedi'u cydgyssylltu'n well ar gyfer yr unigolyn; integreiddio proffesiynol cíos, cydweithio, a rhanu gwybodaeth rhwng gwasanaethau a darparwr er mwyn osgoi trosglwyddo rhwng gwasanaethau sy'n creu ansicrwydd i'r unigolyn.

**Gwerth uwch** – cyflawni gwell deilliannau a phrofiadau i bobl am gost is; gofal a thriniaeth sydd wedi'u cynllunio i gyflawni'r 'hyn sy'n bwysig' ac sy'n cael eu darparu gan y person cywir ar yr adeg gywir; llai o amrywiad a dim niwed.

**Selliedig ar dystiolaeth** – defnyddio ymchwil a gwybodaeth i ddeall beth sy'n gweithio; dysgu oddi wrth eraill a gweithio gyda nhw; defnyddio arloesedd a gwelliant i ddatblygu a gwerthuso gwell offer a ffyrdd o weithio.

**Graddadwy** – sicrhau bod arfer da yn cynyddu o lefel leol i lefel ranbarthol a chenedlaethol, ac yn treiddio allan i dimau a sefydliadau eraill.

**Trawsnewidiol** – sicrhau bod ffyrdd newydd o weithio'n fforddiadwy ac yn gynaliadwy, eu bod yn newid ac yn disodli dulliau gweithredu presennol, yn hytrach nag ychwanegu haen gwasanaeth parhaol ychwanegol at yr hyn a wnawn yn awr

## 4. Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol i Gymru

4.1 Catoddd gwledigaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer gofal cymdeithasol ei datblygu ymhellach mewn Papur Gwyn a gyhoeddwyd yn 2021.<sup>5</sup> Mae'r Papur Gwyn yn sefydlu'r uchelgais ar gyfer creu Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol.

4.2 Mae'r term Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol yn dwyn i gof egwyddorion syffiaenol y wladwriaeth les: darpariaeth gyffredinol, gynhwysfawr, o ansawdd uchel sydd am ddim yn y lle mae'n cael ei ddarparu. Mae'r GIG hefyd wedi llwyddo i gadw at y syniad y dylai ei wasanaethau gael eu darparu'n bennaf drwy weithlu a gyfllogir i bob diben yn uniongyrchol, gydag ychydig iawn o arian cyhoeddus yn mynd allan o'r system er eil preifat. Mae system gofal iechyd y DU yn gymharol effeithlon – mae gwariant y pen ar iechyd ychydig yn is na'r cyfartaledd ar gyfer gwledydd yr OECD ond mae deilliannau ychydig yn uwch na'r cyfartaledd ac yn gymaradwy â'r gwledyddd hynny sy'n gwario fwyaf, felUDA, lle mae'r sector cyhoeddus yn chwarae rhan ymylol mewn system sydd i raddau helaeth yn breifat.

4.3 Nid yw'r weledigaeth a ddisgrifir yn y Papur Gwyn yn rhagweld gwasanaeth a ddarperir yn gyhoeddus yn benodol. Fodd bynnag, mae'n sefydlu'r ffaith y dylai fod am ddim lle caiff ei ddarparu fel egwyddor allweddol, ynghyd â darpariaeth gynhwysfawr ac o safon. Heb gynnydd sylweddol mewn darpariaeth gwasanaethau uniongyrchol fodd bynnag, mae gwasanaeth cenedlaethol i bob pwrpas yn barhad o'r

<sup>5</sup> Llyw.Cymru, Ail-gydbwysgo gofal a chymorth, 2021

Mae'r cynllun hefyd yn rhagweld 'rôl allweddol' ar gyfer y saith Bwrdd Partneriaeth Rhanbarthol a'r 64 Clwstwr o bractisiau meddygon teulu cyfagos, yn ogystal â'r sefydliadau partner sy'n ymwneud â gofal iechyd syftaenol.<sup>4</sup>

3.3

Er bod perygl bob amser y bydd canoli yn effeithio'n negyddol ar fenter leol ac yn defnyddio gormod o adnoddau ar gyfer biwrocratiaeth, mae'r cynllun, fel y'i llunwyd ar hyn o bryd, yn sicrhau cydbwysedd da rhwng yr angen am strategaeth genedlaethol gref a lleoleiddio. Drwy sefydlu 10 egwyddor cynllunio ar gyfer cyflawni pedwar amcan strategol lefel uchel, mae'n creu fframwaith lle gall menter leol ddod i'r amlwg. Y pedwar amcan strategol yw:

- Gwell iechyd a llesiant ymysg y boblogaeth;

- Gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol o ansawdd gwell a mwy hygyrch;

- Iechyd a gofal cymdeithasol o werth uwch; a

- Gweithlu iechyd a gofal cymdeithasol cynaliadwy, sy'n llawn cymhelliant;

3.4

Mae'r rhain i gyd ar lefel uchel ac yn debygol o gael eu cefnogi'n eang mewn egwyddor – yn wir byddai'n anodd dod o hyd i unrhyw un na fyddai'n cefnogi amcanion sy'n amlwg yn rhai mor fanteisio.

Mae egwyddorion y cynllun fel a ganlyn:

**Atal ac ymyriad cynnar** - gweithredu i alluogi ac annog iechyd a llesiant da gydol oes; rhagweld iechyd a llesiant gwael.

**Diogelwch** - nid dim ond gofal iechyd nad yw'n gwneud unrhyw niwed, ond sy'n galluogi pobl i fyw'n ddiofel o fewn teuluoedd a chymunedau, gan ddiogelu pobl rhag bod mewn perygl o gael eu cam-drin, eu hesgeuluso neu wnebu mathau eraill o niwed.

**Anibyniaeth** – cynnig cymorth i bobl wrth reoli eu hiechyd a'u llesiant eu hunain, bod yn wydn ac yn annibynnol am gyfnod hwy, yn eu cartrefi a'u hardaloedd eu hunain, gan gynnwys cyflymu adferiad ar ôl triniaeth a gofal, a chynorthwyo â hunanreolaeth o gyflyrau hirdymor.

**Llais** – grymuso pobl â'r wybodaeth a'r cymorth sydd eu hangen arnynt i ddeall ac i reoli eu hiechyd a'u llesiant, i wneud penderfyniadau am ofal a triniaeth yn seiliedig ar yr hyn sy'n bwysig'idd yn nhw. Hefyd cyfrannu at wella ein hagwedd system gyfan at iechyd a gofal; cyfathrebu amserol a chilir a chydgyssylltu fel sy'n briodol i oedran a lefel dealltwriaeth.

**Weddi personol** – gwasanaethau iechyd a gofal sydd wedi'u teilwra i anghenion a dewisiadau unigol gan gynnwys yn eu dewis iaith; meddygaeth fanwi; cynnwys pobl

3.2 Mae'r cynllun yn pwysleisio y bydd 'ein gwleddigaeth o ymagwedd system gyfan at iechyd a gofal cymdeithasol yn gofyn am ymdrech ar ran y system yn ei chyfarwdd'. Y bwriad clir yw i hyn gael ei lywio o'r canol, drwy 'Raglen Trawsnewid Genedlaethol', dan arweiniad y Cyfarwyddwr Cyffredinol er Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol.

3.1 Mae gwleddigaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol wedi'i nodi yn y ddogfen 2019, Cymru Iachach: ein Cynllun ar gyfer Iechyd a Gofal Cymdeithasol.<sup>3</sup> Mae'n canolbwyntio'n bennaf ar atal ac ymagwedd ddi-dor at wasanaethau, hyd yn oed os ydynt yn cael eu darparu trwy ystod o asiantaethau. Mae'n rhagweld system sy'n cydnabod pwysigrwydd syffiaenol atal trwy fesurau iechyd cyhoeddus effeithiol, ynghyd â darpariaeth gofal o ansawdd, gyda'r nod o gynig cyfwrth i bobl yn eu cartrefi eu hunain, yn hytrach nag ymyriadau iechyd adweithiol mewn ysbtyai.

### 3. Y Wleddigaeth ar gyfer Cymru

2.4 Mae'r ffaith bod awdurdodau lleol a'r GIG bron â thynnu allan o ddarpariaeth uniongyrchol yn gyfan-gwbl wedi agor y ffordd i ofal cymdeithasol gael ei ail-greu fel cyfie i gwmnïau preifat elwa mewn marchnad sydd i bob diben yn gwarrantu lefel gyson a chynyddol o alw am eu gwasanaeth. Mae natur gofal preswyl sy'n seiliedig ar adelladau yn golygu bod buddsoddwyr mewn cwmnïau gofal cymdeithasol yn canolbwyntio i raddau helaeth ar werth eiddo, a dyma sy'n gyrru (ac yn gallu chwyddo) y farchnad, yn hytrach na'r incwm sy'n tarddu o'r gofal ei hun.

2.3 Mae newid demograffig wedi tanseilio ymrwymiad y wladwriaeth les i gyffredinoliaeth ac ansawdd gofal; bu newid drammatig hefyd yn y ffordd y darperir gofal cymdeithasol. Yn ystod y deugain mlynedd diwethaf, gwelwyd symudiad sylweddol oddi wrth ddarpariaeth y sector cyhoeddus i fodol sy'n seiliedig yn bennaf ar ddarparwyr yn y sector preifat. Doedd ymdrechion llywodraeth Thatcher i agor y sector cyhoeddus i gwmnïau preifat, trwy gymysgedd o breifatiddio a chontractio allan, ond yn rhannol lwyddiannus yn y rhan fwyaf o feysydd darpariaeth cynghorau, ond cafodd effaith aruthrol ar ofal cymdeithasol. Un rheswm am hyn oedd bod Awdurdodau Lleol wedi'u hatal rhag buddsoddi mewn sefydliadau gofal preswyl oherwydd y dreftn ar gyfer caniatâd cyllid cyfartal a oedd ar waitn ar y pryd, a olygodd fod llawer ohonynt yn methu â bodloni'r safonau gofynnol ac fellly'n cael eu gwithio allan o berchnogaeth uniongyrchol ar gartrefi gofal a nyrsio. Yn ôl y Ganolfan er Iechyd a Budd y Cyhoedd (CHPI) "Ym 1979, roedd 64% o weilyau cartrefi preswyl a nyrsio yn dal i gael eu darparu gan awdurdodau lleol neu'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol (GIG); erbyn 2012 roedd y ffigur hwn yn 6%. Yn achos gofal yn y cartref, roedd 95% yn cael ei ddarparu'n uniongyrchol gan awdurdodau lleol mor ddiweddar â 1993; erbyn 2012 roedd y ffigur hwn yn ddim ond 11%".<sup>2</sup>

gwasanaeth hwn, er gwaethaf cydnabyddiaeth hirsefydlog, bron yn gyffredinol, o'r angen i wneud hynny.

2.2 Y GIG oedd trysor mwyaf y wladwriaeth les. Gellir dadlau bod gofal cymdeithasol cyffredinol i oedolion yn rhan o'r pecyn, ond roedd y dybiaeth rywiolaethol mai menywod di-dâl fyddai prif ddarparwr gofal i berthnasau oedranus, i bob prpas yn gadael darpariaeth y wladwriaeth fel gwasanaeth gweddilliol. Saith deg mlynedd yn ddiweddarach, er bod y GIG wedi goroesi i raddau helaeth gyda'i egwyddorion cyffredinol a ddarperir yn gyhoeddus yn gyflawn, mae yna gydnabyddiaeth bellach bod gofal cymdeithasol i oedolion mewn argyfwng. Mae'r rhesymau am hyn yn gymhleth ac yn ymwneud yn rhannol â llwyddiant y wladwriaeth les ei hun. Ym 1948, pan lanswyd y GIG, doedd dim disgywl i bobl ar gyfartaledd fyw yn hyn na 68. Erbyn 2015 roedd yr oedran wedi codi i 81. O ganlyniad i hyn a natur newidiol y teulu, mae angen gofal ar lawer mwy o bobl nag yr oedd penseir'r wladwriaeth les erioed wedi'i ragweld ac, oherwydd datblygiadau mewn gofal iechyd, maent ei angen am gyfnod hwy. Mae llywodraethau wedi methu'n gyson â mynd i'r afael â goblygiadau ariannu'r

2.1 Roedd creu'r wladwriaeth les ar ôl yr Ail Ryfel Byd yn drobwnt yn natblygiad polisi cymdeithasol y DU. Yn seiliedig ar weledigaeth 'o'r crud' i'r bedd' William Beveridge, ei nod oedd darparu addysg, iechyd a gofal cymdeithasol cynhwysfawr, o ansawdd uchel ac am ddim, ynghyd â sicrwydd incwm, mewn ymgaïs i ddileu prinder, afiechyd, anwybodaeth, budredd i a sef y pum bygythiad mwyaf i gymdeithas, yn ôl Beveridge. Darparodd Deddf Gwasanaeth Iechyd Gwladol 1946, a lywiyd drwy'r Senedd gan yr AS Cymreig a'r Gweinidog Iechyd, Aneurin Bevan, wasanaeth iechyd cyffredinol, cynhwysfawr, y teir amdanu allan o drethi. Y prif ddull o gyflawni hyn oedd gwladol 2,500 o ysbys, gan greu sail i wasanaeth cyhoeddus lle'r oedd lefel ac ansawdd y gofal yr un fath i bawb, waeth beth fo'u modd.

## 2. Cefndir a Hanes

1.7 Am y rhesymau hyn mae'r adroddiad hwn yn dadlau bod yn rhaid i 'ddarparu'n gyhoeddus' gael ei gydnabod fel nodwedd hanfodol o unrhyw beth y gellir cyfeirio ato fel Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol.

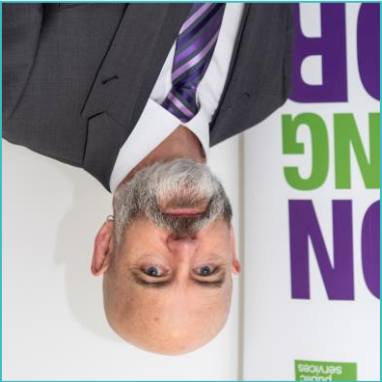
1.6 Os nad yw creu 'Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol' yn golygu gwasanaeth gofal a ddarperir yn gyhoeddus, ni fydd yn ddim mwy na newid o ran pwys'n comisiynu, ac ni fydd yn gwnued unrhyw wahaniaeth gwirioneddol i'r model ar gyfer darpariaeth. Bydd gwasanaethau gofal preswyl yn parhau i fod yn ynghlwm â hapfuddsodiad ym maes tir ac adeiladau. Bydd gwasanaethau yn y cartref yn parhau i fod yn seiliedig ar sicrhau'r gost isaf, sy'n nodwedd amlwg o'r economi gofal cymdeithasol. Bydd y gweithwyr ym maes gofal yn parhau i dderbyn cyflogau isel, a bydd y sector yn dal i fetu â chyflawni disgyliadau'r cyhoedd yng Nghymru. Yn ogystal, bydd cyfran sylweddol o unrhyw gynnydd mewn cyllido'n mynd i dalu costau cyfalaf chwyddedig ac yn cael ei gollu yn y rhwydwaith o gwmnïau dallianol a rhiant-gwmnïau sy'n aml yn eistedd uwchben y darparwr rheng flaen.

- 1.1 Mae'r nod o greu gwasanaeth gofal cenedlaethol i Gymru yn rhywbeth i'w groesawu, a hynny ar fyrder. Mae'r model presennol ar gyfer y ddarpariaeth, sy'n seiliedig ar y farchnad, yn methu â darparu'r ansawdd a'r cysondeb sydd eu hangen ar wasanaeth a rienir gan drethi yn bennaf. Mae'r strwythurau cwmni cymhleth a'r model cyfalafol ansicr sy'n dominyddu'r economi gofal cymdeithasol yn ei gwneud hi'n amhosibl deall yn llawn i bae mae'r arian sy'n cael ei wario ar ofal cymdeithasol yng Nghymru yn mynd mewn gwirionedd. Oherwydd hyn, mae'r un mor anodd bod yn sicr a yw trethdalwyr Cymru yn cael gwerth da am y £1.2bn sy'n cael ei wario'n flynyddol ar y gwasanaeth hollbwysig hwn.
- 1.2 Mae'r rhai sydd mewn gwirionedd yn darparu'r gofal sydd mor hanfodol i ansawdd bywyd miloedd o bobl oedranus a bregus ledled Cymru yn cael eu gwerthfawrogi gan y rhai sy'n derbyn gofal a'u teuluoedd. Mae'r gwaith y maent yn ei wneud yn heriol, yn gofforol ac yn emosïynol, ond maent ymhlith y rhai sy'n cael y cyflogau isaf mewn cymdeithas; maent yn gweithio sifftiau hir ac atreolaidd, heb fawr o gydnabyddiaeth o'r rhan hanfodol y maent yn ei chwarae wrth ddarparu gwasanaeth sy'n eiflen hanfodol o system iechyd a gofal cymdeithasol.
- 1.3 Mae'r term 'Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol' yn dwyn i gof y Gwasanaeth Iechyd Gwladol. Seilwyd trysor cenedlaethol gwladwriaeth les y DU ar egwyddorion allweddol cyffredinolïaeth a chysondeb. Mae'n cael ei ariannu o drethi, gydat'r holl ddefnyddwyr yn derbyn yr un safon, a hynny am ddim lle bynnag mae'n cael ei ddarparu, waeth beth fo'u modd. Mae hefyd yn cael ei ddarparu bron yn gyfan-gwbl drwy ddarpariaeth uniongyrchol, gan gyrrff cyhoeddus sy'n uniongyrchol atebol. Dyma, mewn gwirionedd, yw'r gwahaniaeth mwyaf arwyddocaol rhwng gofal iechyd a gofal cymdeithasol. Mae'r rhan fwyaf o ofal cymdeithasol yn cael ei 'gomisïynu' neu ei brynu o'r farchnad, tra bod gofal iechyd bron i gyd yn cael ei ddarparu'n uniongyrchol. Yr eiflen hon o'r model ar gyfer darpariaeth sydd wrth wraidd yr argyfwng presennol, nid y gwahaniaeth llawer llai sylweddol bod gofal iechyd yn y pen draw yn cael ei gynllunio a'i reoli ar lefel llywodraeth ganolog, tra bod cyfrifoldeb am ofal cymdeithasol yn nwylo'r awdurdodau lleol yn bennaf.
- 1.4 Mewn gwirionedd, mae achos cryf dros gadw rheolaeth leol dros ddarpariaeth gofal cymdeithasol. Gall canoli arwain at ficrocratiaeth ormodol ac ansensitifrwydd i angen lleol. Y cynghorau lleol sydd yn y sefyllfa orau i wybod pa ddarpariaeth sydd ei hangen, ac yna i darparu. Nhw hefyd yw prif ddarparwyr gwasanaethau cyhoeddus atalio ar lefel bersonol ac iechyd y cyhoedd, ac mae ganddynt bartneriaethau datblygedig gyda darparwyr allweddol eraill, gan gynnwys gwasanaethau iechyd sylfaenol ac ysbysai.
- 1.5 Mae'r weledigaeth o ddull di-dor sy'n canolbwyntio ar atal yn dibynnu ar gydgyssylltu darpariaeth ar lefel leol. Rôl llywodraeth ganolog yw cydlynu ac, os oes angen, rheoleiddio, sicrhau cysondeb a thegwch rhwng ardaloedd. Yn fwyaf arwyddocaol, rhaid i llywodraeth ganolog sicrhau bod cyllid o'n gymesur â'r weledigaeth genedlaethol o wasanaeth cyffredinol o safon sydd am ddim lle caiff ei ddarparu.



1.	Crynodeb	5
2.	Cefndir a hanes	6
3.	Y Weledigaeth ar gyfer Cymru	7
4.	Gwasanaeth Gofal i Gymru	9
5.	Yr economi gofal cymdeithasol	10
6.	Achos cyfreithiol	18
7.	Cyd-gynhyrchu	19
8.	Crynodeb o'r achos dros ddarpariaeth gyhoeddus	20
9.	Materion gweithlu	21
10.	Cynyddu capasiti mewnol awdurdodau lleol	23
11.	Modelau darparu gwasanaeth	23
12.	Materion cyllido	26
13.	Casgliadau	28

# Rhagarweiniad gan Dominic MacASKILL, Ysgrifennydd Rhanbarthol UNSAIN Cymru Wales



Mae Mae miloedd lawer o weithwyr gofal yn mawr obehithio y bydd Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol Llywodraeth Cymru yn sicrhau gwelliannau mawr iddyn nhw a'r rhai sy'n defnyddio eu gwasanaethau.

Mae defnyddwyr gwasanaethau a gweithwyr gofal yn cael bargaen wael iawn dan y system bresennol o gomisiynu, contractau allanol a'r angen i wneud elw, ynghyd â blynyddoedd o ddiffyg cyllido.

Mae tiodi ymysg y rhai sydd mewn gwaith yn gyffredin; mae trosiant staff yn uchel ac mae yna nifer fawr o swyddi gwag. Mae'r angen i greu elw neu, yn achos y trydydd sector, i gystadlu â darparwyr sydd am wneud elw, yn goiygu bod cornell'n cael eu torri ac mae gormod o ddefnyddwyr gwasanaethau yn cael eu dyrannu i weithwyr gofal; nid ydynt yn cael eu talu am amser teithio, ac mae hyn yn effeithio ar ofal y rhai sy'n defnyddio'r gwasanaethau.

Y system ei hun yw'r rhwystyr sy'n atal gweithwyr gofal rhag darparu'r lefel o ofal y maent yn ei ddymuno ar gyfer pob un o'r rhai sy'n defnyddio'r gwasanaethau. Ni ddylid gosod gweithwyr gofal a defnyddwyr gwasanaethau yn y sefyllfa warthus hon.

Mae gweiniadogion i'w canmol am gyflwyno cynlluniau ar gyfer Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol, ond ni fydd pobl Cymru ond yn cael y gofal o ansawdd uchel y maent yn ei haeddu oni chaff elw preifat a'r model comisiynu eu dilieu.

Mae'r adroddiad pwerus hwn gan APSE, a gomisiynwyd gan UNSAIN Cymru, yn cyflwyno achos busnes i wasanaethau gofal eu darparu'n uniongyrchol ac yn gyhoeddus gan awdurdodau lleol. Mae'n dangos, er gwaethaf y biliwn o bunnoedd sy'n llifo i'r sector, nad oes unrhyw ddealltwriaeth o faint yn union o arian sy'n mynd i bocedi preifat. Dylai'r holl arian sy'n cael ei wario ar ofal fynd tuag at ddarparu gofal.

Ni allwn fforddio colli'r cyfle hwn i sicrhau bod Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol yn cael ei sefydlu'n iawn o'r cychwyn, gan drawsnewid gofal am byth. Rhaid i wasanaeth o'r fath fod yn seiliedig ar urddas a pharch at ddefnyddwyr gwasanaethau a staff.



Mae APSE (Cymdeithas er Rhagoriaeth mewn Gwasanaethau Cyhoeddus) yn goff llwyodraeth leol nid-er-eliw sy'n gweithio gyda mwy na 300 o gynghorau ledled y DU.

Gan hyrwyddo rhagoriaeth mewn gwasanaethau cyhoeddus, APSE yw'r arbenigwyr mwyaf blaenllaw mewn gwasanaethau rheng flaen awdurdodau lleol; mae'n cynnal rhwydwaith ar gyfer darparwyr gwasanaethau rheng flaen mewn meysydd fel casglu gwastraff a sbwriel, parciau a gwasanaethau amgylcheddol, hamdden, prydau ysgol, glanhau, tai a chynnal a chadw adeiladau.

Mae APSE yn darparu gwasanaethau sydd wedi'u cynllunio'n benodol ar gyfer awdurdodau lleol, megis meincnodi, ymgynghoriaeth, seminarau, ymchwil, dogfenau britfio a hyfforddiant. Trwy eu cangen ymgynghorol mae APSE yn darparu cymorth arbenigol i gynghorau gyda'r nod amlyg o ysgogi gwelliannau mewn gwasanaethau a gwerth am arian drwy adolygu ac ailgynllunio gwasanaethau. Mae APSE yn cynnal mwy na 100 o brosiectau bob blwyddyn, ac mae cleientiaid yn elwa ar ymagwedd foesegol nid-er-eliw'r gymdeithas at wasanaethau ymgynghorol.

# Adroddiad wedi'i gomisiynu gan UNSAIN Cymru Wales

Paratowyd yr adroddiad hwn gan Andy Mudd a Tim Cheetham ym mis Awst 2022  
Fersiwn 0.1



# Gwasanaeth Gofal Cenedlaethol i Gyfrw