

Répercussions des dépenses affectées au bien-être social sur le revenu national.

Les dépenses intéressant le bien-être social, exprimées en pourcentage du revenu national, sont actuellement à un niveau jamais atteint au Canada. En 1926-1927, la proportion n'était que de 2.4 p. 100 mais, pendant les années de la crise, lorsque les dépenses au titre de bien-être étaient relativement élevées et que le revenu national était au contraire réduit, la proportion s'est élevée jusqu'à 9.7 p. 100. Puis, pendant la Seconde Guerre mondiale, lorsque le revenu national a rapidement grossi et que les dépenses du gouvernement au titre du bien-être social ont diminué en valeur absolue, la proportion est tombée à 2.8 p. 100 du revenu national net. Vers la fin des années 1940, les sommes versées par les gouvernements au titre des programmes de bien-être social ont augmenté rapidement, surtout par suite de l'augmentation des dépenses au titre des allocations familiales, des pensions et des allocations aux anciens combattants et des services de santé. Bien que le revenu national ait augmenté en même temps, le rythme d'accroissement des dépenses de bien-être a été bien plus rapide et, en 1949-1950, ces dépenses ont atteint 8.1 p. 100 du revenu national net. L'institution de la pension de vieillesse pour tous en 1952 et les diverses augmentations de cette pension (portée à \$65 par mois en 1962), l'application du programme général d'assurance-hospitalisation, l'augmentation des dépenses au titre des programmes d'assistance-chômage et d'assurance-chômage sont parmi les nombreux éléments qui ont porté les dépenses de bien-être à des niveaux élevés dans une période où le revenu national ne s'est pas accru dans une proportion comparable. Ainsi, en 1957-1958, les dépenses intéressant le bien-être social ont atteint 10.2 p. 100 du revenu national net; en 1958-1959 et en 1959-1960, la proportion était d'environ 11.2 p. 100 et en 1960-1961, elle a atteint 12.3 p. 100.

Pendant bien des années, le Canada a occupé une position intermédiaire entre la Nouvelle-Zélande et la Grande-Bretagne d'une part, et l'Australie et les États-Unis d'autre part, quant à l'importance des dépenses au titre de bien-être social par rapport au revenu national. Par exemple, en 1949-1950, les pourcentages étaient les suivants: Nouvelle-Zélande, 13.2 p. 100; Grande-Bretagne, 11.9 p. 100; Canada, 8.1 p. 100; Australie, 7.3 p. 100; États-Unis, 5.5 p. 100. Dernièrement, néanmoins, on a vu le pourcentage du Canada se rapprocher beaucoup de celui de la Grande-Bretagne et l'écart entre la position du Canada et celle de l'Australie et des États-Unis s'est élargi. En 1959-1960, les pourcentages étaient de 13.9 p. 100 en Nouvelle-Zélande, 12.7 p. 100 en Grande-Bretagne, 11.4 p. 100 au Canada et 7.6 p. 100 aux États-Unis; le chiffre de l'année en question n'est pas encore connu pour l'Australie, mais celui de l'année 1958-1959 était de 9.4 p. 100.

Qu'on la compare aux augmentations précédentes au Canada ou aux augmentations des autres pays, il est évident que l'augmentation des dépenses gouvernementales intéressant le bien-être social pendant l'après-guerre, et notamment au cours de ces dernières années, a véritablement été importante par rapport au rythme d'accroissement du revenu national.

PARTIE I.—SANTÉ PUBLIQUE

Les gouvernements provinciaux sont principalement responsables des services de santé au Canada, tandis que les municipalités assument souvent une autorité considérable dans les matières que lui délègue la loi provinciale. Dans le domaine de la santé, le gouvernement fédéral a compétence sur un grand nombre de matières de caractère national et il fournit une forte assistance financière aux services provinciaux de santé et d'hospitalisation. A tous les niveaux, le gouvernement est aidé et appuyé par un réseau d'organismes bénévoles qui travaillent dans différents domaines de la santé.