

《传染病防治法》内容概要

天津市卫生防病中心 于长水

1989年2月21日第七届全国人民代表大会常务委
员会第六次会议通过,并经国家主席杨尚昆签发第15
号主席令公布的《中华人民共和国传染病防治法》
(以下简称《传染病防治法》),是我国历史上第一
部传染病法。《传染病防治法》的公布与施行,标志
着我国对传染病的管理发展到一个新阶段,将从行政
管理走向法制管理,在传染病防治工作中将会出现人
人有责、人人受益,保护健康、促进生产的新局面,
具有完善卫生法制、造福子孙后代的长远意义。

我国《传染病防治法》,在国务院法制局指导下
和卫生部领导下,《传染病防治法》起草小组在总结
了我国40年来防治传染病的成熟经验和执行《急性传
染病管理条例》的成熟政策基础上,研究了我国传染
病的现状和前景,参考了美、英、法、日、罗、捷等一
些国家的传染病法规,自1985年10月起草初稿、重点
调查、征询意见、反复修改,历时三年零四个月,制
订了我国第一部《传染病防治法》。

关于《传染病防治法》题目中“防治”的含义,
一是突出了传染病预防管理上的社会综合治理,这是
大卫生观念的体现;二是在具体措施上包括了预防和
治疗的某些要求。

《传染病防治法》共七章四十一条。

第一章为“总则”,共八条。本章开宗明义,阐
明“为了预防、控制和消除传染病的发生与流行,保
障人体健康”为目的而制订《传染病防治法》;以及
“国家对传染病实行预防为主方针”的总原则。特
别是把“各级政府领导传染病防治工作,制定传染病
防治规划,并组织实施”这一成熟的经验用法律固定
下来,这是传染病防治工作的一个发展,只有这样,
才能有效的形成全社会的责任。

还规定了《传染病防治法》依法管理的传染病种
类,分为甲类、乙类和丙类共35种急性传染病、慢性
传染病和寄生虫病。甲类传染病二种,即鼠疫、霍
乱,是国际检疫的传染病。乙类传染病22种,是我
国目前发生和流行的主要传染病,流行地域广泛、发
病率高、危害严重,例如病毒性肝炎、细菌性痢疾、
麻疹、百日咳、流行性出血热、疟疾等病。对其中的多

种传染病医学上已具有不同程度的可靠防治方法;还
有我国尚未发现的艾滋病,必须高度重视与警惕,也
列入乙类传染病防治管理。丙类传染病11种,为慢性
传染病、寄生虫病和我国目前还不具备可靠防治方
法的传染病,有的疫情起伏颇大,有的流行地区明显,
有的认证诊断还比较困难,需要开展监测、探索防
治。

为了开展传染病防治工作,对各级政府关于传染
病防治工作的领导;卫生部及各卫生厅(局)、县
(区)卫生局等卫生行政部门对传染病防治工作施行
统一监督管理;以及各级各类医院、卫生院、保健
站、医疗站、门诊所及个体医生所承担责任范围内的
传染病防治任务等项,及其相互关系和法律责任,都
做了明文规定。

本章还明确规定“在中华人民共和国领域内的一
切单位和个人,必须接受医疗保健机构、卫生防疫机
构有关传染病的查询、检验、调查取证以及预防、控
制措施,并有权检举、控告违反本法的行为”;这就
宣布了中国人民和社会各部门在传染病防治工作中的
责任义务和法律权利。

防治传染病的社会效益和经济效益是极为显著
的,而防治传染病工作的开展又比较困难的,因此
还特别规定了“对预防、控制传染病做出显著成绩和
贡献的单位和个人,给予奖励”,这是很必要的。

第二章为“预防”,共十二条。本章充分体现出
贯彻“预防为主”方针,从各级政府、各部门以及人
民群众参与的,在日常和各种传染病流行前的各项预
防措施,直至规划、改善、消除当地传染病流行的条
件都做了规定。例如:“地方各级政府应当有计划的
建设和改造公共卫生设施”;“狂犬病的防治管理工
作,由各级政府畜牧兽医、卫生、公安部门分工负
责”;各医院、卫生院、保健站、医疗站、门诊所、
个体医生以及卫生防疫站等单位 and 人员必须严格执行
管理制度、操作规程,防止传染病的医源性感染、医
院内感染;被病原体污染的物品须经严密消毒后处理
等项规定。

本章还规定国家实行有计划的预防接种制度,这

样就将预防传染病最有效的措施——疫苗接种列入法条，保证施行，还强调实行儿童预防接种证制度；以及还明文规定供水单位的饮用水必须符合国家卫生标准等项，这都会有有效的保护人民、尤其是儿童身体健康，使得人人受益。

还把对从事传染病预防、医疗、科研、教学人员，现场处理疫情的人员，以及在生产、工作中接触传染病病原体的其他人员，采取有效的防护措施和医疗保健措施，也做了法律规定。这就充分体现了国家对这些人员奉献精神的鼓励和对他们健康的关心，都将有利于传染病防治专业队伍的发展，更有利于开展传染病防治工作。

第三章为“疫情的报告和公布”，共三条。传染病发生和流行的疫情是个重要的信息，也是控制、扑灭传染病流行的开始，实践证明疫情报告的及时与准确，是发挥防治传染病效果的前提，甚至对传染病的控制起着决定性的作用。

正因为如此，本章规定“任何人发现传染病病人或者疑似病人时，都应当及时向附近的医疗保健机构或者卫生防疫机构报告”，这一规定可以说发现传染病后报告疫情人人有责。当然，对于各医院、卫生院、保健站、医疗站、门诊所执行医疗职务的人员以及个体医生作为责任疫情报告人，他们按规定报告疫情是负有法律责任的。根据甲类、乙类传染病的不同要求，还将在依据《传染病防治法》派生的实施办法中，具体规定疫情报告的时限要求。对于丙类传染病，在实施办法中也将规定各传染病、寄生虫病的监测区域和在监测区域内的疫情报告方法。我国40年来防治传染病的经验证明，责任疫情报告人是传染病疫情的最主要的来源，也是最有效的疫情网络，他们在多年防治传染病的工作中做出了显著的成绩，是今后仍要坚持与依靠的主要力量。

40年来，在疫情管理工作中只强调了自下而上的疫情报告要求和不切实际的疫情保密规定，因而未能发挥传染病疫情的防治号召与社会动员作用。往往某地传染病在蔓延，而邻近地区却不得知，也就无从防范。就是在当地也往往未能动员全社会参与而形成卫生部门孤军奋战的被动局面，传染病的流行难于得到有效的控制。基于这方面的教训，本章规定了应当及时地如实通报和公布疫情，并规定了公布疫情的权限，这是一大进步和发展。这样的规定将增强控制传染病的社会整体协同能力，并有利于消除国内外关于疫情的谣传蛊惑，起到安定社会生活、稳定人民情绪

的作用。

鉴于传染病疫情的重要性，本章规定不得隐瞒、谎报或者授意他人隐瞒、谎报疫情。如果这类事件发生，将要承担法律责任，受到《传染病防治法》及其实施办法有关条款的处罚。

第四章为“控制”，共八条。人类传染病究其本质，是病原体在人体的寄生感染现象，其结果可以表现为病人、病原携带者等感染形式，传染病的传染性就是由这样的人作为传染源引起的。因此，本章规定对甲类、乙类传染病人、病原携带者予以不同要求的隔离治疗，或采取必要的控制传播的措施；被他们污染的物品实行必要的卫生处理。这都是为了有利于病人的诊治，也有利于控制传染病的扩大传播，以保护更多的健康人。

为了有效的控制传染病流行，还特别规定了遇有传染病爆发流行时，可以实行各项紧急措施，例如停止集会、停工、停课，征用房屋和交通工具等项，以及如何组织人员、药品、器械等以扑灭重大传染病突发疫情。这样，一旦发生传播迅速、波及面广、后果严重的传染病疫情时，能够采取一切有效措施使疫情得到控制，把由于传染病流行对国家和当地造成的损害减少到最低的限度。这都是非常必要的，也是有法律规定以国家强制力保证实行。

还规定了社会各有关部门和人民群众为了控制传染病流行所承担的责任，这对落实传染病的控制措施更是有力的。

第五章为“监督”，共三条。本章规定了《传染病防治法》的管理监督体制。明确规定卫生部、卫生厅（局）、县（区）卫生局为执行本法管理监督职责的主管部门，行使全国或辖区内的监督管理职权。

为了实行经常的执法监督，规定要聘任合格的卫生专业人员担任传染病管理监督员，执行传染病管理监督任务。省级传染病管理监督员将由国务院卫生行政部门即卫生部聘任，并发给证件。各省、自治区、直辖市以下地区的管理监督员，由省、自治区、直辖市政府卫生厅（局）聘任，并发给证件。要求传染病管理监督员由合格的卫生专业人员担任的规定，是为了能胜任传染病管理监督员的职务。

为了实行本单位和责任地段内的日常传染病防治工作的管理和检查，在各医院、卫生院、保健站、医疗站、门诊所设立传染病管理检查员。传染病管理检查员由当地卫生行政部门批准，并发给证件，以便执行依法检查任务，并向有关卫生防疫机构报告检查结果。

果。

第六章为“法律责任”共五条。本章就违反《传染病防治法》条款，责令限期改正，可以处以罚款等行政处罚及民事、刑事方面应负的法律 responsibilities 做了明确的规定。

对违反《传染病防治法》规定，或者拒绝执行卫生防疫机构依照本法提出的预防、控制措施的，由卫生行政部门报请同级政府采取强制措施。

违反《传染病防治法》所列行为，引起甲类传染病传播或者有传播严重危险的；造成菌种、毒种扩散，后果严重的；玩忽职守，造成传染病传播或者流行的，情节严重，构成犯罪的，将依照《中华人民共和国刑法》第一百一十五条、第一百七十八条、第一百八十七条及其他有关条款，追究刑事责任。这是符

合我国刑法总则的，对刑法分则也是个补充。

这些法律责任的规定，是为了更广泛、更有效的保护公民的生命健康权。

第七章为“附则”，共二条。为了严格而具体的执行《传染病防治法》，为了便于检查和监督，本章规定要根据《传染病防治法》制定《中华人民共和国传染病防治法实施办法》，经国务院批准后施行。各省、自治区、直辖市就可以不再制定实施办法或细则之类的地方传染病法规了。这里还有个等级效力问题。

还宣布，《传染病防治法》自1989年9月1日起施行。这就意味着，届时不是根据本法派生的有关传染病管理的办法、条例、细则同时废止，以及与本法有抵触的也均以《传染病防治法》为准。

慢性乙型肝炎患者家庭成员中HBV感染状况的研究

兰州医学院附属一院 杨晶 刘平 腾忠仁 刘逢举

本文对慢性乙型肝炎患者的家庭成员（指有同吃同住半年以上密切接触史者）共232人进行了HBV感染的血清学标志检测。用RPHA法检测HBsAg，PHA法检测抗-HBs，ELISA法检测抗-HBc、HBeAg及抗-HBe。其中有一项以上标志阳性者判为HBV感染。

结果表明，（1）家庭成员的HBV感染率为56.9%（132/232），男性略高于女性。（2）乙肝患者的e系统携带状态与成员的HBV感染率密切相关，HBeAg阳性家庭成员的感染率（82%）明显高于抗-HBe阳性（29%）及e系统阴性家庭（31%）（ $P < 0.01$ ）。（3）各类成员的感染率不同，依次为：母*子（91%）>母*女（76%）>父*子（64%）>同胞（58%）>女配偶（51%）>父*女（48%）>男配偶（26%）>公、婆、婿、媳（8%），各组间有非常

显著差异（ $P < 0.01$ ）。各项标志的检出率分别为：HBsAg 36%、抗-HBs 9%、抗-HBc 31%、HBeAg 29%、抗-HBe 13%，各组间的每一项标志的检出率均有非常显著差异（ $P < 0.01$ ），其中HBsAg、抗-HBc及HBeAg阳性率以母子（女）、同胞及父子（女）组为高，抗-HBs及抗-HBe阳性率以女配偶组为最高。（4）母亲阳性的子女中0~4岁者13例，100%感染HBV，5岁以后其感染率随年龄的增长而上升，至30~39岁达第二个感染高峰。父亲阳性的子女感染率亦随年龄的增长而上升，但较母子组上升缓慢，到20岁以后才逐渐形成感染高峰。

由上述结果可以看出，乙肝患者家庭成员的HBV感染率及HBsAg携带率均明显高于一般人群。

*乙型肝炎患者，其子或女是家庭成员