世界卫生组织与联合国儿童基金会《2025 年国家免疫覆盖率估计报告》修订版

（2026 年 7 月 15 日发布）

世界卫生组织（WHO）和联合国儿童基金会（UNICEF）的国家免疫覆盖率估计报告旨在描述各国常规儿童免疫规划的实施情况。该估计报告是基于世界卫生组织（WHO）和联合国儿童基金会（UNICEF）截至 2026 年 6 月 21 日所掌握的数据和信息得出的。

相关数据可从世界卫生组织（https://immunizationdata.who.int/）和联合国儿童基金会（https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/）的网站获取。

交互式国家概况可在此处查阅：https://worldhealthorg.shinyapps.io/wuenic-trends。

此外，还提供了一份关于如何解读各国概况的说明：https://www.who.int/publications/m/item/guide-how-to-read-a-country。

更多国家和地区分析报告可在此查阅：https://data.unicef.org/resources/immunization/

方法

世界卫生组织（WHO）和联合国儿童基金会（UNICEF）每年都会联合审查各成员国提交的报告——这些报告主要通过 Joint Reporting Form on Immunization (eJRF) 年度数据收集机制提交——内容涉及国家免疫覆盖率、已完成的调查报告以及公开文献和灰色文献中的相关数据。基于这些数据，并充分考虑潜在偏倚以及当地专家的意见，世界卫生组织和联合国儿童基金会力求区分以下两类情形：一是现有实证数据能够准确反映免疫系统运行状况的情形，二是数据很可能受到干扰从而对免疫覆盖率给出误导性认识的情形；与此同时，两机构联合估计各国自 1980 年以来每一年度最可能的覆盖率水平。

世界卫生组织和联合国儿童基金会的估计数据以国家为独立单位，也就是说，每个国家的数据都会被单独审核，在本国数据缺失时，不会借用其他国家的数据进行推算。估算值并非基于对报告数据的*临时*调整；在某些情况下，实证数据仅来自单一来源，通常是国家上报的覆盖率数据。如果某一国家、某类疫苗、某一年份的组合完全没有可用数据，机构会参考该年份前后的历史数据，通过插值或外推的方式估算缺失年份的接种覆盖率。当不同数据来源结果差异较大时，机构会结合现有数据可能存在的偏差，确定最贴近真实情况的估算值。

目前各国的报告参与度仍保持较高水平：截至 2026 年 6 月 21 日，195 个世界卫生组织/联合国儿童基金会成员国中，已有 188 个提交报告，其中 185 个附带覆盖率数据，覆盖全球 95%的出生队列。对于未在 2026 年 6 月 21 日前提交数据的国家，2025 年的覆盖率估算值由上一年度的覆盖率数据外推得出。

世界卫生组织和联合国儿童基金会针对以下 15 种疫苗剂量组合提供了估计数据：卡介苗（BCG）、白喉、破伤风类毒素和百日咳混合疫苗的第一剂和第三剂（DTP1 和 DTP3），灭活脊髓灰质炎疫苗的第一剂和第二剂或第三剂（具体由国家免疫计划推荐的剂次数量决定，对应 IPV1 和 IPVC），含麻疹成分疫苗的第一剂和第二剂（MCV1 和 MCV2），含风疹成分疫苗的第一剂（RCV1），含乙型肝炎成分疫苗的第三剂（HepB3），乙型肝炎疫苗的新生儿剂（HepBB）、B 型*流感嗜血杆菌*疫苗的第三剂（Hib3），肺炎球菌结合疫苗的第二剂或第三剂（具体由国家免疫计划推荐的剂次数量决定，对应 PCVC），轮状病毒疫苗的第二剂或第三剂（具体由国家免疫计划推荐的剂次数量决定，对应 RotaC），黄热病疫苗（YFV，适用于存在风险且推荐接种的国家），以及 A 群脑膜炎球菌结合疫苗（MengA，适用于撒哈拉以南非洲脑膜炎带内推荐接种的国家）。

估算值自可获得实证数据的第一年起编制，但 IPV1 除外（其估计自 2015 年起编制），IPVC 亦除外（其估计自 2021 年起编制）。
以下四篇文献对这些估计方法进行了详细说明：

Burton A, Monasch R, Lautenbach B, Gacic-Dobo M, Neill M, Karimov R, Wolfson L, Jones G, Birmingham M. WHO and UNICEF estimates of national infant immunization coverage: methods and processes. Bull World Health Organ. 2009;87(7):535-41.

Burton A, Kowalski R, Gacic-Dobo M, Karimov R, Brown D. A Formal Representation of the WHO and UNICEF Estimates of National Immunization Coverage: A Computational Logic Approach. PLoS ONE 2012;7(10): e47806. doi:10.1371/journal.pone.0047806

Brown D, Burton A, Gacic-Dobo M, Karimov R An Introduction to the Grade of Confidence in the WHO and UNICEF Estimates of National Immunization Coverage 《开放公共卫生杂志》，2013 年，第 6 卷，第 73-76 页

Danovaro-Holliday MC, Gacic-Dobo M, Diallo MS, Murphy P, Brown DW. Compliance of WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC) with Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting (GATHER) criteria. Gates Open Res. 2021;5:77. doi: 10.12688/gatesopenres.13258.1. eCollection 2021

全球、区域及其他国家分组的覆盖率估算值

按全球、区域及其他国家组别汇总的估算值，是基于联合国人口司（UNPD）提供的人口估算数据加权计算得出的 WUENIC 估算结果：

- BCG 和 HepBB：活产数
- MCV2：若该剂次推荐在出生后第 2 年接种，则使用 2 岁儿童的估算数量作为加权基数；若该剂次的推荐接种起始年龄并非 2 岁，则使用 MCV2 推荐接种最低年龄对应的儿童估算人口作为加权分母（例如若 MCV2 推荐在 4-6 岁接种，则对应国家的 MCV2 贡献度将以 4 岁儿童的估算人口作为加权基数）
- 所有其他抗原：存活婴儿数，但在出生后第二年接种该剂次的国家，MengA 除外。

联合国人口司（UNPD）每两年发布一次人口估计时间序列数据，作为《世界人口展望》（WPP）的一部分，其发布日期通常在 6 月/7 月。当前版本的 WUENIC 采用《世界人口展望》2024 年修订版数据。

全球和区域层面的统计计算覆盖所有国家。未生成 WUENIC 估算值的国家（通常是因为对应疫苗尚未引入国家免疫计划，或尚未启动相关数据上报），在计算时其覆盖率估算值将被计为 0。上述规则存在三种例外情况：

- 卡介苗（BCG）：仅覆盖将卡介苗列为全民推荐疫苗并要求在出生后第 1 年（通常为出生时）接种的国家
- 黄热病（YFV）：仅覆盖在对应日历年度列入黄热病风险国家清单的国家。该清单每年更新，可在此处查阅： https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272408/9789241513661-eng.pdf?ua=
- A 群脑膜炎球菌结合疫苗（MengA）：仅覆盖位于撒哈拉以南非洲脑膜炎带内的 26 个国家。该国家清单可在此处查阅：https://www.who.int/publications/i/item/9789241516860

未接种及未全程接种儿童数量的计算

未接种及未全程接种儿童的估算数量是区域和全球层面的近似统计值，旨在提醒相关方关注存在大量未受免疫保护儿童的国家，包括那些疫苗覆盖率较高但出生队列规模庞大的国家。

未接种及未全程接种婴儿的数量以国家、区域和全球为单位进行估算，计算方式为将 WUENIC 覆盖率数据应用于联合国人口估算最新发布版本中的目标人群基数。

根据《IA20230 监测与评估框架》，“零剂次儿童”一词指的是从未接种过任何剂次含白喉、破伤风和百日咳（DTP）疫苗的儿童[1]

例如，零剂次率的计算方式示例如下：

[1] https://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/IA2030_Annex_FrameworkForActionv04.pdf

- 100 - DTP1 对应的 WUENIC 覆盖率 = 零剂次率

将得出的零剂次率代入目标人群基数，即可算出零剂次儿童的总数量：

- （零剂次率 / 100）× 联合国估算的存活婴儿数 = 零剂次儿童数量

零剂次儿童数量的报告结果四舍五入至千位。

注意：该估算数据不会事后补录任何后续补种的剂次，因此对应出生队列的覆盖率可能被低估，这也意味着 2025 年之前各年度统计出的未接种及未全程接种儿童数量，实际可能已有所下降。朝鲜民主主义人民共和国的估算数据属于特殊例外情况，已完成修订。该国能够追踪因疫苗短缺而漏种的出生队列，在疫苗补给到位后为这些漏种队列完成了补种，并同步更新了官方上报数据。2025 年，该国除提交 2024 年相关数据外，还补充提交了 2023 年、2022 年和 2021 年的修订后数据。因此该国的最终估算数据基于其上报的官方数据，作为特例纳入了后续补种的剂次记录。

免责声明

世界卫生组织与联合国儿童基金会已采取所有合理措施核实 WUENIC 中包含的全部信息。但 WUENIC 相关数据发布时不提供任何明示或暗示形式的担保。解释和使用材料的责任在于读者。在任何情况下，世界卫生组织与联合国儿童基金会均不对因使用该资料引发的任何损失承担责任。

各疫苗剂次的覆盖率估算值，需结合对应数据点附带的说明性文字共同解读。

估算生产流程中新增、调整或移除的疫苗

自世界卫生组织与联合国儿童基金会首次发布国家免疫覆盖率估算值以来，所有新增、调整或移除的疫苗剂次组合将在下文中列明，后续章节将附带详细说明。

世界卫生组织与联合国儿童基金会生成估算数据的疫苗剂次组合演变汇总表

1999	2005	2010	2014	2016	2017	2023	2025
BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
DTP3	DTP3	DTP3	DTP3	DTP3	DTP3	DTP3	DTP3
POLIO3	POLIO3	POLIO3	POLIO3	POLIO3	POLIO3	POLIO3	~~POLIO3~~
MCV1	MCV1	MCV1	MCV1	MCV1	MCV1	MCV1	MCV1
HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3
	DTP1	DTP1	DTP1	DTP1	DTP1	DTP1	DTP1
	HIB3	HIB3	HIB3	HIB3	HIB3	HIB3	HIB3
		PCV3	PCV3	PCV3	PCV3	PCV3	PCV（末剂）
		ROTA（末剂）	ROTA（末剂）	ROTA（末剂）	ROTA（末剂）	ROTA（末剂）	ROTA（末剂）
		YFV	YFV	YFV	YFV	YFV	YFV
			MCV2	MCV2	MCV2	MCV2	MCV2
			HEPBB	HEPBB	HEPBB	HEPBB	HEPBB

				RCV	RCV IPV1	RCV IPV1 IPV2 MENG-A	RCV IPV1 IPV（末剂） MENG-A
(5)	(7)	(10)	(12)	(13)	(14)	(16)	(15)

在 2026 年发布的 WUENIC 2025 中，所有国家的 POL3 和 IPV2 指标均已被移除，替换为 IPVC 指标（各国免疫接种程序所规定的脊髓灰质炎灭活疫苗基础免疫程序的第 2 剂或第 3 剂）。PCV3 指标替换为 PCVC 指标，即各国免疫接种程序所规定的肺炎球菌结合疫苗的第 2 剂或第 3 剂

含麻疹成分疫苗的第二剂

自 2013 年修订版（2014 年 7 月完成）起，世界卫生组织与联合国儿童基金会开始为符合以下条件的国家生成 2000 年起的**含麻疹成分疫苗第二剂**（MCV2）覆盖率估算数据：国家免疫规划程序推荐将该剂次作为全民接种剂次，且自该剂次纳入免疫接种程序以来至少已有 1 年的可用实证数据。在 2025 年修订版中，共有 193 个世界卫生组织/联合国儿童基金会成员国生成了 MCV2 覆盖率估算数据。

MCV2 覆盖率估算值的统计人群为各国国家免疫接种程序推荐接种该剂次对应的年龄组队列。全球和区域层面的 MCV2 覆盖率估算，均以各国官方推荐的接种年龄对应的接种记录为统计基础。在 193 个生成 MCV2 估算数据的国家中，有 136 个国家将该剂次的接种时间安排在儿童出生后的第 2 年。由于并非所有具有全国代表性的入户调查都覆盖了 24-35 月龄儿童——即最适合统计 MCV2 覆盖率的目标队列，因此 MCV2 覆盖率估算通常参考各国官方上报的覆盖率数据生成。

乙肝疫苗出生剂次

自 2013 年修订版（2014 年 7 月完成）起，世界卫生组织与联合国儿童基金会开始为符合以下条件的国家生成 2000 年起的**乙肝疫苗出生剂次**覆盖率估算数据：国家免疫接种程序推荐将该剂次作为全民接种剂次，且自该剂次纳入免疫规划以来至少已有 1 年的可用实证数据。

乙肝疫苗出生剂次（HepBB）的估算统计的是出生后 24 小时内接种的剂次。自 2016 统计年度起，世界卫生组织和联合国儿童基金会开始区分两类上报覆盖率数据：出生 24 小时内接种的剂次覆盖率，以及乙肝疫苗出生剂次总覆盖率（包含出生 24 小时内和出生 24 小时后接种的所有剂次）。相关估算基于一项假设：截至 2016 年已能够区分出生及时接种剂次和延迟接种剂次的国家，在 2016 统计年度之前就已具备该数据区分能力。目前 HepBB 相关的调查数据十分稀缺，多数情况下调查未正确收集或严格上报该剂次的具体接种时间要求。仅对具备区分出生后 24 小时内接种剂次能力的国家生成相关估算数据。世界卫生组织和联合国

儿童基金会的 HepBB 估算值很可能存在高估情况，在机构分娩率较低的国家中该情况尤为突出。

在 2025 年修订版中，共有 111 个成员国生成了 HepBB 覆盖率估算数据。

脊髓灰质炎灭活疫苗

在全球根除脊髓灰质炎行动提出建议——在全球停用 2 型口服脊灰疫苗（OPV）前，各国常规免疫规划需引入至少 1 剂完整剂量或 2 剂分次剂量的 IPV——之后，世界卫生组织和联合国儿童基金会于 2015 年启动了脊灰灭活疫苗覆盖率的估算工作。2016 年全球完成从三价 OPV 到二价 OPV 的切换，移除了疫苗中的 2 型脊灰病毒成分，以降低循环疫苗衍生 2 型脊灰病毒（cVDPV2）和疫苗相关麻痹型脊灰的发生风险。后续免疫战略咨询专家组（SAGE）在 2018-2019 年提出建议，要求各国至少接种 2 剂 IPV（完整剂量或分次剂量均可）；且自 2022 年起，所有国家均被建议在常规免疫程序中纳入至少 2 剂 IPV。[2]

自 2023 年修订版（2024 年完成）起，世界卫生组织和联合国儿童基金会开始为同时使用 IPV 和 OPV 的国家生成 2021 年起的 IPV2 覆盖率估算数据，该调整契合 2020 年 SAGE 提出的接种第 2 剂 IPV 的建议，旨在强化针对所有脊灰病毒的防护能力，包括疫苗衍生 2 型脊灰病毒。

自 2025 年修订版（2026 年完成）起，世界卫生组织和联合国儿童基金会将 IPV2 指标替换为 IPVC 指标：该指标的定义是各国官方推荐的基础免疫程序中，含 IPV 成分疫苗的第 2 剂或第 3 剂的覆盖率。IPVC 估算数据覆盖所有国家，不受是否使用 OPV 的限制，为所有国家提供了统一的含 IPV 成分疫苗基础免疫全程完成情况的衡量标准。考虑到各国免疫程序的差异日益显著，此前合并统计的 Polio3 指标也已正式停用。开展历史趋势分析时，可将 DTP3 覆盖率作为该指标的替代参照。

受 2016-2017 年全球 IPV 供应短缺影响，多个国家推行了分次剂量 IPV 的接种方案。在同时上报了两剂分次剂量接种覆盖率的情况下，世界卫生组织和联合国儿童基金会通常将第二剂分次剂量的覆盖率作为 IPV1 的估算值。

2025 年共有 6 个国家采用分次剂量 IPV 接种程序：孟加拉国、古巴、厄瓜多尔、印度、尼泊尔和斯里兰卡。在古巴、厄瓜多尔和尼泊尔，两剂分次 IPV 的接种间隔较长，因此 IPV1 统计第一剂分次剂量，IPVC 统计第二剂分次剂量。在孟加拉国、印度和斯里兰卡，两剂分次 IPV 的接种间隔较短，因此 IPV1 统计第二剂分次剂量；其中在印度，IPVC 对应的是第三剂分次剂量。

A 群脑膜炎球菌结合疫苗

[2] 脊灰疫苗相关说明：世界卫生组织 2022 年 6 月立场文件规定：https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER9725-277-300

自 2023 年修订版（2024 年 7 月完成）起，世界卫生组织和联合国儿童基金会开始为符合以下条件的国家生成 2016 年起的 **A 群脑膜炎球菌结合疫苗**至少 1 剂的覆盖率估算数据：国家婴儿免疫程序中推荐至少接种 1 剂 A 群脑膜炎球菌结合疫苗，且已向世界卫生组织和联合国儿童基金会上报相关数据。**世界卫生组织和联合国儿童基金会为位于撒哈拉以南非洲脑膜炎带的国家生成全球/区域层面的平均覆盖率估算数据。**在 2025 年修订版中，脑膜炎带的 26 个成员国里有 15 个国家生成了 MengA 覆盖率估算数据。

含风疹成分疫苗

自 2015 年修订版起，世界卫生组织和联合国儿童基金会开始为将**含风疹成分疫苗**纳入国家免疫接种程序的国家生成相关覆盖率估算数据。相关估算数据覆盖 1980 年起的完整时间序列。含风疹成分疫苗覆盖率的估算方法如下：

- 若在第 Y 年推荐接种含风疹成分疫苗，且该疫苗与含麻疹成分疫苗*第 1* 剂（MCV1）同时接种，则第 Y 年的含风疹成分疫苗覆盖率估算值等于当年 MCV1 的覆盖率估算值。
- 若在第 Y 年推荐接种含风疹成分疫苗，且该疫苗与含麻疹成分疫苗*第 2* 剂（MCV2）同时接种，则第 Y 年的含风疹成分疫苗覆盖率估算值等于当年 MCV2 的覆盖率估算值。
- 当风疹联合疫苗刚被引入且上报覆盖率仅覆盖当年部分时间时，该年度的覆盖率估算值会进行年化处理，适配当年全部目标人群的统计口径。

自 2015 年修订版起，世界卫生组织和联合国儿童基金会开始生成含风疹成分疫苗的全球和区域层面平均覆盖率估算数据。在 2025 年修订版中，共有 180 个成员国生成了 RCV1 覆盖率估算数据。

各国对 2026 年免疫联合报告表（上报 2025 年数据）的反馈情况

截至 2026 年 6 月 21 日，在 195 个世界卫生组织/联合国儿童基金会成员国中，已有 188 个国家通过免疫联合报告表提交了免疫服务执行情况数据，其中 185 份报告附带了覆盖率数据。

截至 2026 年 6 月 21 日，尚未提交覆盖率数据的世界卫生组织和联合国儿童基金会成员国名单。

- 阿根廷
- 安提瓜和巴布达
- 格林纳达
- 以色列
- 卢森堡*
- 摩纳哥*
- 摩洛哥*
- 新加坡
- 美利坚合众国
- 越南

*已在 2026 年 6 月 21 日前通过电子联合报告表（eJRF）提交报告，但未附带覆盖率数据

含白喉-破伤风-百日咳（DTP）疫苗第三剂的 WUENIC 估算值汇总

下表汇总了 2025 年 DTP3 的 WUENIC 估算数据情况。2025 年有三分之二的国家（共 131 个）的 WUENIC 估算值与该国上报的覆盖率完全一致；另有 10 个国家因未提交上报数据，其 WUENIC 估算值直接沿用上年的估算覆盖率水平。44 个国家的 WUENIC 估算值低于其上报的覆盖率，10 个国家的 WUENIC 估算值高于其上报的覆盖率。

2025 年含百白破成分疫苗第三剂（DTP3）的 WUENIC 估算值汇总

WUENIC 值与上报覆盖率一致	共 **131** 个国家，占比 **67%** --- 其中 **25** 个国家的上报数据可由过去 5 年内开展的调查佐证（但相关调查未必直接验证了 2025 年的覆盖率水平） （孟加拉国、喀麦隆、刚果、科摩罗、厄立特里亚、埃塞俄比亚、加纳、几内亚、赤道几内亚、牙买加、吉尔吉斯斯坦、莱索托、马拉维、马来西亚、尼日尔、尼泊尔、巴基斯坦、卢旺达、塞内加尔、埃斯瓦蒂尼、多哥、突尼斯、乌干达、瓦努阿图、津巴布韦） --- 其余 **66** 个国家自 2000 年（对应出生队列年份）以来从未开展过相关调查，因此 WUENIC 估算只能完全基于官方上报数据生成。这类国家即便不是绝大多数，其中大部分都属于高收入或中高收入国家。
WUENIC 值低于上报覆盖率	共 44 个国家，占比 23%； --- 其中 23 个国家的估算值与上报值差值超过 10 个百分点， --- 11 个国家的差值介于 5 到 10 个百分点之间 --- 10 个国家的差值小于 5 个百分点
WUENIC 值高于上报覆盖率	共 10 个国家，占比 5%； --- 其中 4 个国家的估算值与上报值差值超过 10 个百分点：博茨瓦纳、几内亚比绍、马绍尔群岛、所罗门群岛 --- 4 个国家的差值介于 5 到 10 个百分点之间：斐济、肯尼亚、毛里塔尼亚、赞比亚 --- 2 个国家的差值小于 5 个百分点
因未提交 2025 年 DTP3 覆盖率上报数据，2025 年 WUENIC 估算值直接沿用 2024 年 WUENIC 估算值	共 10 个国家，占比 5%：阿根廷、安提瓜和巴布达、格林纳达、以色列、卢森堡、摩洛哥、摩纳哥、新加坡、美国、越南

调查数据纳入/排除规则

所有公开发布可获取或由各国在 2026 年 6 月 21 日前提交给世界卫生组织与联合国儿童基金会工作组的最终调查报告，均已纳入 2025 年修订版 WUENIC 中，并同步发送给相关国家供其审阅并提出意见。

按照常规规则，在估算草案完成后、最终估算定稿前新发现的调查报告，不会纳入本次修订版中。设定“草案到定稿阶段不新增调查数据”这一限制的目的，是严格遵循一项通用原则：不得在成员国尚未审阅过的情况下，对基础输入数据或工作组的判定结果进行私自调整。如果某国在 WUENIC 草案反馈阶段提交了可供参考的调查结果信息，且该调查报告除覆盖率估算数据外，还附带了完整的调查方法说明，则该调查结果会被纳入最终报告中。

与以往的规则保持一致，仅具备正式最终报告的调查才会被纳入 WUENIC 的参考数据池。过往工作中曾出现过覆盖率调查的初步报告与最终报告结果不一致的情况，这类经验明确了该限制规则的必要性。此外，初步调查结果中的疫苗覆盖率估算值，通常是结合受访者回忆和书面记录证据得出的，并非完全依赖可溯源的书面记录，这种情况会导致无法针对多剂次疫苗的估算结果完成回忆偏倚校正。若有初步调查结果可供参考，相关信息会在对应国家报告的右侧说明栏中予以标注。

2025 年修订版 WUENIC 新纳入调查数据的国家清单：

共收到来自 16 个国家的 18 份新完成的最终调查报告（其中 10 份来自 10 个国家的调查数据被正式采用，剩余 8 份因对应国家概况文本中注明的各类原因未被采用），包含 1 份人口与健康调查（DHS）报告和 2 份多指标类集调查（MICS）报告。

人口与健康调查（DHS）

1 份：2023 年塔吉克斯坦 DHS 调查

2024 年修订版采取了特殊处理：在 7 份 DHS 调查的完整报告尚未获取且预估短期内不会发布最终报告的情况下，直接使用了其核心指标报告作为参考数据。到 2025 年修订版编制阶段，上述 7 份调查中有 6 份的完整报告已经正式获取。这些完整报告包含两个不同年龄组的调查结果，支持工作组对多剂次疫苗的覆盖率估算结果完成回忆偏倚校正，涉及调查国家包括安哥拉 2023-2024 年、刚果（金）2023-2024 年、马拉维 2023-2024 年、马里 2023 年、尼日利亚 2023-2024 年及赞比亚 2024 年。

多指标类集调查（MICS）

2 份：2024 年哈萨克斯坦 MICS 调查、2024-2025 年尼泊尔 MICS 调查

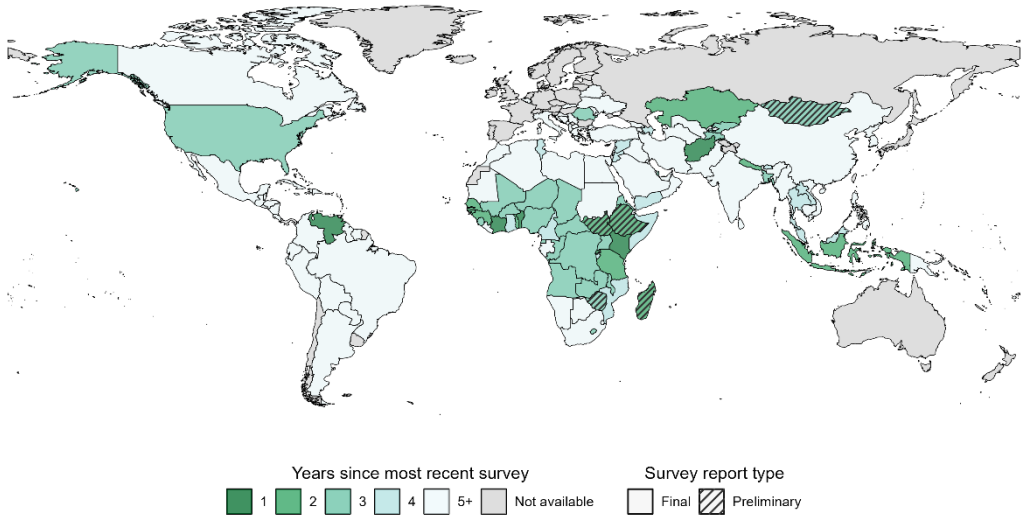
其他含疫苗覆盖率统计的专项调查（已采用）

7 份：涉及阿富汗 2025 年调查、科特迪瓦 2025 年调查、加纳 2025 年调查、几内亚比绍 2025 年调查、肯尼亚 2025 年 PCCS 调查、多哥 2024 年调查、美国 2022-2024 年调查

其他含疫苗覆盖率统计的专项调查（未采用，原因已留存记录）

8 份：涉及贝宁 2024 年调查、贝宁 2025 年调查、冈比亚 2025 年 PCCS 调查、几内亚比绍 2023 年调查、印度尼西亚 2025 年调查、利比里亚 2025 年 PCCS 调查、秘鲁 2025 年调查、委内瑞拉 2025 年调查

图 1.距最近一次统计疫苗覆盖率估算数据的调查间隔时长



Years since most recent survey	距离最近一次调查的间隔年数
1	1
2	2
3	3
4	4
5+	5+
Not available	无可用数据
Survey report type	调查报告类型
Final	最终版报告
Preliminary	初步结果报告
Source: WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage, 2025 revision	来源：世界卫生组织/联合国儿童基金会 2025 年修订版国家级免疫覆盖率估算报告
Notes: Calculated based on number of years between 12-23m survey cohort year and 2025. Surveys without standard age cohorts not included. Preliminary results do not directly inform the WUENIC estimates, but are noted in the comments.	注：基于调查覆盖的 12-23 月龄出生队列年份与 2025 年的间隔年数计算得出。未纳入未设置标准年龄队列的调查项目。初步调查结果不直接作为 WUENIC 估算的输入依据，仅在备注栏中予以标注说明。
This map is stylized and based on an approximate scale. It does not reflect a position by UNICEF on the legal status of any country or territory or the delimitation of any frontiers.	本示意图为风格化示意地图，仅采用近似比例尺绘制。本图不代表联合国儿童基金会对任何国家或地区的法律地位、边界划定问题的官方立场。

其他补充数据来源：

联合国人口司[3]提供的人口估算数据，是工作组审核各国上报数据、评估 WUENIC 估算结果不确定性的核心输入数据之一。2026 年 7 月发布的 2025 年修订版 WUENIC，采用了联合国人口司*《世界人口展望》2024 年修订版*的数据，用于评估每一项 WUENIC 估算值的置信等级（GoC），以及计算区域和全球层面的疫苗覆盖率汇总数据。

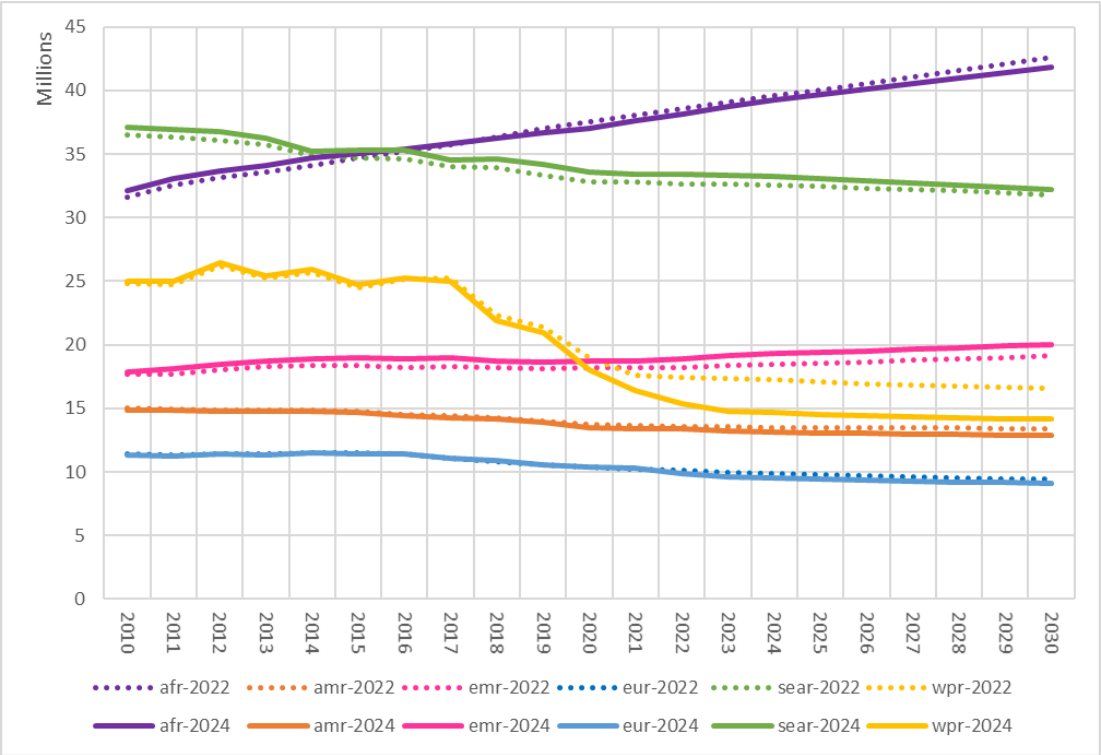
《2024 年世界人口展望》于 2024 年 7 月 11 日正式发布，替代此前的 2022 年修订版数据。《2024 年世界人口展望》整合了迄今为止可获取的最全面的人口统计证据，参考了 1910 次人口普查数据（较 2022 年修订版新增 79 次普查数据）、覆盖 169 个国家的民事登记和生命统计系统出生/死亡信息，以及来自 3189 项调查的人口统计指标数据。共有 114 个国家和地区拥有 2019 年及之后的人口普查或登记册人口数据，占本次分析覆盖的 237 个国家和地区总量的 48%，对应全球总人口的 54%。另有 100 个国家和地区的最新可用人口统计数据来自 2009-2018 年区间。剩余 23 个国家和地区的最新普查数据来自 2009 年之前，距今已超过 15 年。民事登记和生命统计系统是计算人口生育率、死亡率水平与趋势，以及估算两次人口普查期间总人口规模、年龄和性别分布变化的首选信息来源。目前共有 169 个国家可提供来自民事登记和生命统计系统的出生和死亡信息。此外本次评估还纳入了来自 3189 项调查的人口统计指标数据，比 2022 年修订版的参考调查数量多 423 项。在 2023 年居民人口数超过 1000 的 236 个国家和地区中，除 40 个国家和地区外，其余所有区域都拥有 2019 年及之后采集的生育率相关数据。2023 年全年，共有 35 个国家和地区可提供总和生育率和分年龄生育率数据，另有 6 个国家可提供出生人口数量数据。更多详情请参见此处：https://population.un.org/wpp/

2025 年 12 月，联合国人口司仅针对多哥发布了单国家专属的临时人口数据更新。联合国人口司确认该次更新不会对其他任何国家的人口估算数据产生影响。本次临时更新未包含活产数和存活婴儿数的修正估算值。

与大多数修订版本的情况一致，本次更新中的活产数、存活婴儿数估算值较往年有所调整，同时相关未来人口预测数值也已同步更新。监测数据显示，世界卫生组织东地中海区域的存活婴儿数增幅，明显高于此前的预估水平（见图 2）。即便采用 2022 年修订版人口数据计算，本次目标人群估算值的调整也不会对全球 DTP3 覆盖率结果产生任何影响；该次人口数据调整仅导致东地中海区域的 DTP3 区域平均覆盖率降低 1 个百分点。

[3] 联合国经济和社会事务部人口司（2024 年）。*2024 年全球人口展望，在线版。* https://www.un.org/development/desa/pd/https%3A//www.un.org/development/desa/pd/world-population-prospects-2024

图 2.2010-2030 年世界卫生组织各区域存活婴儿估算数量对比（2022 年修订版与 2024 年修订版数据）



Millions	单位：百万
Afr-2022	非洲区域-2022 年
Amr-2022	美洲区域-2022 年
Emr-202	东地中海区域-2022 年
Eur-2022	欧洲区域-2022 年
Sear-2022	东南亚区域-2022 年
Wpr-2022	西太平洋区域-2022 年

WUENIC 草案生成至最终定稿阶段与各国工作组的直接沟通情况

世界卫生组织和联合国儿童基金会鼓励各国对草案完成后共享的本国 WUENIC 国家报告进行审阅，并反馈相关意见。往年的工作流程中，都会在 5 月至 6 月期间举办区域或次区域磋商会议，逐一核验选定国家的数据与估算结果。在 2025 年修订版编制周期内，世界卫生组织和联合国儿童基金会与海地、哈萨克斯坦的国家工作组开展了电话磋商会议。此外还针对阿塞拜疆、老挝、缅甸和尼加拉瓜四国的相关数据，与联合国儿童基金会和世界卫生组织的国家及区域工作组开展了专项电话沟通。

自 2024 年修订版 WUENIC 发布以来的流程更新内容：

在 2024 年修订版 WUENIC 编制期间，工作组对以下核心规则进行了调整：

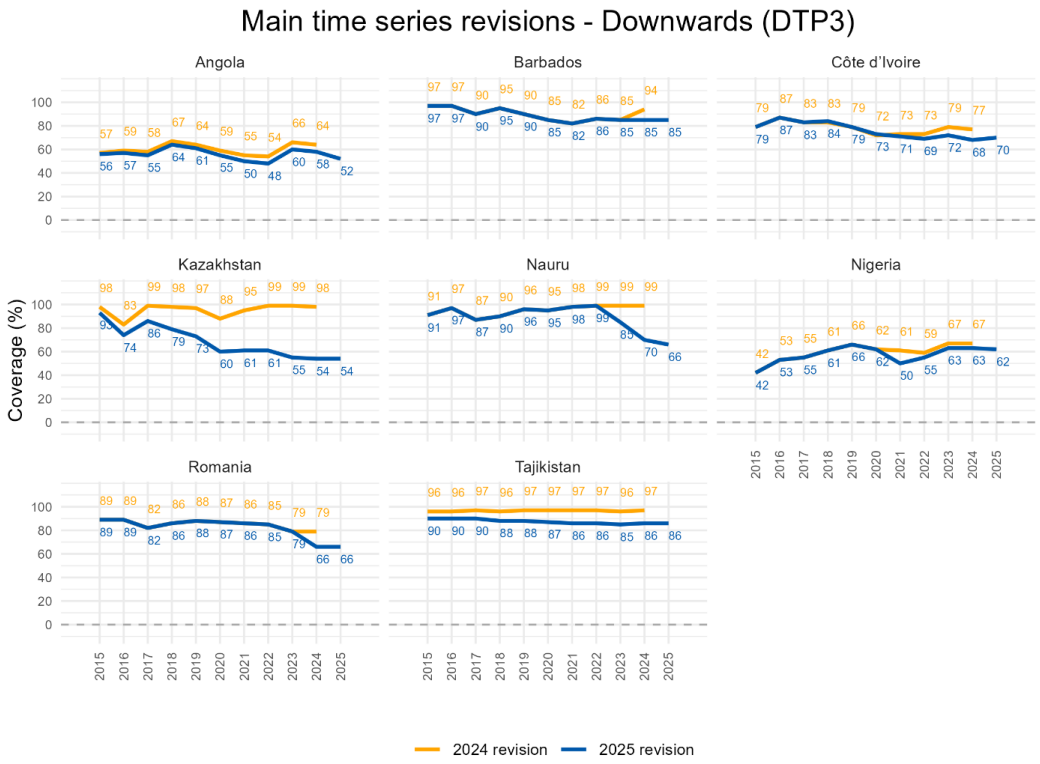
- **无上报数据或上报数据逻辑异常情况下的 DTP1 覆盖率估算规则：**以往流程中，若某国未上报 DTP1 数据，或上报的 DTP3 覆盖率数值高于上报的 DTP1 覆盖率，工作组会基于过往调查数据拟合出的统计模型关系，推算 DTP1 的覆盖率估算值。从 2024 年修订版开始，上述场景下的 DTP1 覆盖率估算规则调整为：直接设定 DTP1 覆盖率与 DTP3 覆盖率数值相等，即默认不存在从 DTP1 接种到 DTP3 接种的中途脱漏情况。工作组保留在提供充分说明的前提下，推翻该通用规则并采用其他估算方式的权限。

两次修订版之间因实证数据更新导致的估算值变动，主要来源于三类情况：

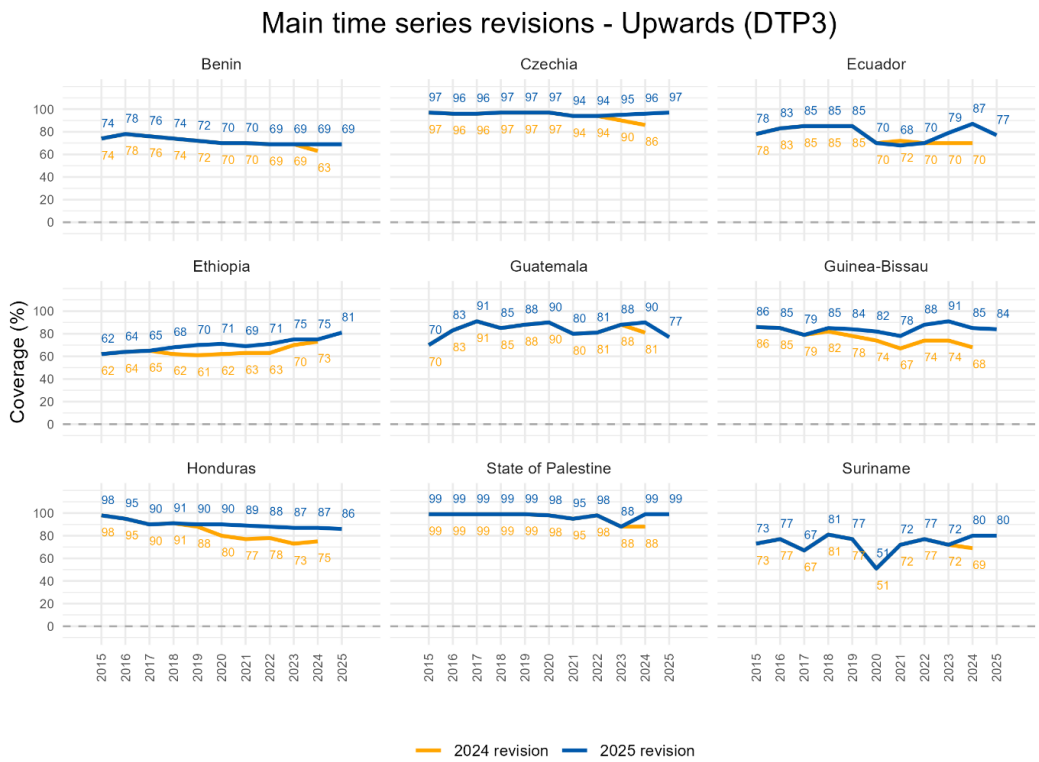
- 成员国提交了更新数据，对此前已上报的历史时间序列数据进行了修正。
- 2024 年修订版发布后（2025 年 7 月 1 日至 2026 年 6 月 21 日之间）新获取的调查数据。
- 2024 年度的覆盖率数据延迟提交（提交时间在 2025 年 7 月 1 日至 2026 年 6 月 21 日之间），未被纳入 2025 年 7 月发布的 2024 年修订版覆盖率估算中。

图 3 列出了时间序列估算结果出现重大调整的国家清单。

图 3：2024 年与 2025 年修订版之间，世界卫生组织和联合国儿童基金会估算的 WUENIC DTP3 覆盖率时间序列估算值出现重要调整的国家清单



Main time series revisions – Downwards (DTP3)	核心时间序列修订情况——覆盖率下调（DTP3，百白破第 3 剂）
Coverage (%)	接种率（%）
Angola	安哥拉
Barbados	巴巴多斯
Cote d'Ivoire	科特迪瓦
Kazakhstan	哈萨克斯坦
Nauru	瑙鲁
Nigeria	尼日利亚
Romania	罗马尼亚
Tajikistan	塔吉克斯坦
2024 revision	2024 年修订版
2025 revision	2025 年修订版



Main time series revisions – Upwards (DTP3)	核心时间序列修订情况——覆盖率上调（DTP3，百白破第 3 剂）
Coverage (%)	接种率（%）
Benin	贝宁
Czechia	捷克
Ecuador	厄瓜多尔
Ethiopia	埃塞俄比亚
Guatemala	危地马拉
Guinea-Bissau	几内亚比绍
Honduras	洪都拉斯
State of Palestine	巴勒斯坦国
Suriname	苏里南
2024 revision	2024 年修订版
2025 revision	2025 年修订版

疫苗纳入常规免疫接种程序与数据可及性规则

对于首次将某类疫苗或将新增剂次纳入常规免疫接种程序的情况（例如含麻疹成分疫苗第 2 剂或乙肝疫苗出生剂次），世界卫生组织和联合国儿童基金会从国家主管部门首次提交相关数据的年份起，正式生成该疫苗的 WUENIC 覆盖率估算数据。如果某疫苗采取分区域逐步推广的模式，或是在当年 1 月之后才正式纳入国

家免疫接种程序，世界卫生组织和联合国儿童基金会的覆盖率估算将基于全年度全国目标人群的统计口径计算得出。

- **乙型肝炎**

未将婴儿乙肝免疫纳入国家常规免疫接种程序的国家：丹麦、芬兰、匈牙利、冰岛。

丹麦、芬兰、冰岛和匈牙利仅将乙肝疫苗定向覆盖高危人群。

此外匈牙利还将该疫苗纳入了青少年免疫规划。

- **乙肝疫苗（HepB）出生剂次：**

用于收集 2016 年度数据的免疫联合报告表（JRF）覆盖率统计表，于 2017 年完成了字段调整。调整后要求各国分别上报两类数据：出生后 24 小时内接种的乙肝出生剂次数量，以及“全部乙肝出生剂次总量”（包含出生后 24 小时内和 24 小时后接种的所有相关剂次）。 相关覆盖率估算遵循世界卫生组织提出的“全球所有新生儿普遍接种乙肝出生剂次”的推荐原则开展。 *对于已引入乙肝疫苗出生剂次，但无法区分出生 24 小时内接种剂次和出生 24 小时后接种剂次的国家，世界卫生组织和联合国儿童基金会不为其生成对应的 WUENIC 覆盖率估算数据。*

- 安哥拉：2015 年引入乙肝出生剂次，但无法上报出生后 24 小时内接种的剂次相关数据。
- 加拿大：报告称乙肝出生剂次仅在部分区域推广，但无法上报出生后 24 小时内接种的剂次相关数据。
- 埃塞俄比亚：2025 年引入乙肝出生剂次，但无法上报出生后 24 小时内接种的剂次相关数据。
- 赤道几内亚：2018 年引入乙肝出生剂次，但上报数据中未区分出生 24 小时内接种剂次和延迟接种的剂次，两类数据无差别。
- 利比亚：2000 年之前已引入乙肝出生剂次，但无法上报出生后 24 小时内接种的剂次相关数据。
- 毛里塔尼亚：2013 年引入乙肝出生剂次，但无法上报出生后 24 小时内接种的剂次相关数据。
- 纽埃：2000 年之前已引入乙肝出生剂次，但上报数据中未区分出生 24 小时内接种剂次和延迟接种的剂次，两类数据无差别。
- 俄罗斯联邦：2000 年之前已引入乙肝出生剂次，但该国未在国家层面开展覆盖率统一评估，因此未上报相关覆盖率数据。
- 乌干达：2022 年引入乙肝出生剂次，但无法上报出生后 24 小时内接种的剂次相关数据。

在未推荐新生儿普遍接种乙肝出生剂次的国家中，有 28 个国家仅推荐母亲为慢性乙肝病毒感染者的新生儿接种乙肝出生剂次，另有 47 个国家完全未将乙肝出生剂次纳入国家常规免疫接种程序。

- **B 型流感嗜血杆菌（Hib）**

目前仅中国尚未将该疫苗纳入国家常规免疫接种程序。

- **脊髓灰质炎灭活疫苗（IPVC）基础免疫全程剂次**

2025 年修订版首次新增 IPVC 覆盖率估算，对应各国免疫规划推荐的第 2 剂或第 3 剂脊髓灰质炎灭活疫苗，估算数据覆盖 2021 年及之后的年份。IPVC 的统计口径分为两类：执行 2 剂次 IPV 免疫程序的国家，对应第 2 剂 IPV；执行 3 剂次及以上 IPV 免疫程序的国家，对应第 3 剂 IPV。免疫规划中已设置多剂次 IPV 但暂未生成 IPVC 覆盖率估算值的国家包括：

- 摩洛哥：2024 年引入 IPV 多剂次程序。尚未上报相关统计数据。
- 泰国：2023 年引入 IPV 多剂次程序。尚未上报相关统计数据。
- 土库曼斯坦：2025 年引入 IPV 多剂次程序。尚未上报相关统计数据。
- 萨摩亚：2025 年引入 IPV 多剂次程序。尚未上报相关统计数据。

另有 24 个国家的国家免疫程序尚未引入 2 剂次及以上 IPV 接种程序。

- **A 群脑膜炎球菌结合疫苗（MengA）：**

世界卫生组织和联合国儿童基金会仅针对撒哈拉以南非洲脑膜炎带覆盖的国家生成国家级覆盖率估算值。
符合条件的国家清单可在此处查看：
https://www.who.int/publications/i/item/9789241516860。

在该区域的 26 个国家中，有 11 个国家尚未将 MengA 纳入国家常规免疫接种程序：布隆迪、喀麦隆、刚果民主共和国、埃塞俄比亚、肯尼亚、毛里塔尼亚、卢旺达、塞内加尔、南苏丹、坦桑尼亚联合共和国、乌干达。

- **肺炎球菌结合疫苗（PCVC）：**

各国上报的 PCV 免疫程序类型多样，包括 3 剂婴儿基础免疫无加强剂（3+0 程序）、2 剂婴儿基础免疫加 1 剂加强剂（2+1 程序）、3 剂婴儿基础免疫加 1 剂加强剂（3+1 程序），以及近年新增的 1 剂婴儿基础免疫加 1 剂加强剂（1+1 程序）。全球 PCV 推荐免疫程序仍在持续优化调整，多数国家正从 3+0 程序逐步过渡为 2+1 或 3+1 程序。
绝大多数国家的 PCVC 统计口径为第 3 剂 PCV，无论该剂次是在婴儿 12 月龄前还是 12 月龄后接种。但在部分特殊场景下，WUENIC 的 PCVC 估算值统计口径为：1 周岁前完成 2 剂 PCV 接种的存活婴儿占比。

- 奥地利：2014 年引入 PCV 疫苗。尚未上报相关统计数据。

- 文莱-达鲁萨兰国：2025 年引入 IPV 多剂次程序。尚未上报相关统计数据。
- 约旦：2025 年引入 IPV 多剂次程序。尚未上报相关统计数据。
- 摩纳哥：2006 年引入 PCV 疫苗。尚未上报相关统计数据。

另有 24 个国家尚未将 PCV 疫苗纳入国家常规免疫接种程序。

伊拉克：2017 年引入 PCV 疫苗，2017-2019 年正常上报覆盖率数据。2020-2022 年上报覆盖率为 0，2023 年恢复上报大于 0 的覆盖率数据。

委内瑞拉：2014 年引入 PCV 疫苗，2015-2016 年正常上报覆盖率数据，后续已全面停止该疫苗的常规接种。自 2017 年起，世界卫生组织和联合国儿童基金会将该国 PCV 覆盖率估算值设定为“0”。

- **含麻疹成分疫苗第 2 剂（MCV2）：**

尚未将 MCV2 纳入国家常规免疫规划的国家： 中非共和国和加蓬。

- **含风疹成分疫苗：**

覆盖率估算以对应含麻疹成分疫苗的估算值为基础（根据各国免疫程序匹配第 1 剂或第 2 剂口径），若该疫苗仅在部分区域试点推广，则对估算值做针对性调整。

尚未引入含风疹成分疫苗的 15 个国家：阿富汗、中非共和国、乍得、刚果民主共和国、吉布提、赤道几内亚、埃塞俄比亚、加蓬、几内亚、几内亚比绍、利比里亚、马达加斯加、尼日尔、索马里、南苏丹。

- **轮状病毒疫苗（轮状病毒疫苗全程最后一剂）：**

目前共有 57 个国家尚未将轮状病毒疫苗纳入国家常规免疫规划。

委内瑞拉：2006 年引入轮状病毒疫苗，2006-2017 年正常上报覆盖率数据，后续已全面停止该疫苗的常规接种。自 2018 年起，世界卫生组织和联合国儿童基金会将该国轮状病毒疫苗覆盖率估算值设定为“0”。

菲律宾：轮状病毒疫苗仅在 2012-2015 年作为试点项目开展接种，后续已全面终止相关接种工作。

- **黄热病：**

世界卫生组织和联合国儿童基金会仅针对黄热病高风险国家生成国家级覆盖率估算值。高风险国家完整清单可通过以下网址在线查阅：
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272408/9789241513661-eng.pdf?ua=.

- 法国：1967 年仅在法属圭亚那等部分海外属地引入黄热病疫苗。尚未上报相关统计数据。

埃塞俄比亚和南苏丹属于黄热病高风险国家（见上述清单），但尚未将黄热病疫苗纳入国家常规免疫接种程序。

- 佛得角：已将黄热病疫苗纳入常规免疫程序，但因该国不属于黄热病高风险区域，世界卫生组织和联合国儿童基金会不为其生成覆盖率估算值。
- 智利：仅在部分区域将黄热病疫苗纳入常规免疫程序，但因该国不属于黄热病高风险区域，世界卫生组织和联合国儿童基金会不为其生成覆盖率估算值。
- 圣多美和普林西比：该国当前已不属于黄热病高风险区域，但仍持续将黄热病疫苗纳入常规免疫程序，世界卫生组织和联合国儿童基金会继续为其生成覆盖率估算值。
- 塞舌尔：已将黄热病疫苗纳入常规免疫程序，但因该国不属于黄热病高风险区域，世界卫生组织和联合国儿童基金会不为其生成覆盖率估算值。

世界卫生组织和联合国儿童基金会国家级免疫覆盖率估算值与各国上报数据偏差超过 5 个百分点的国家清单——统计基准为 2025 年 DTP3 覆盖率数据。

上报数据定义：除非工作组判定直接采用各国上报的行政统计覆盖率数据，否则各国官方发布的覆盖率估算值统一认定为上报数据。当各国官方数据缺失、官方估算值缺乏充分佐证依据，或官方估算值仅为预设目标覆盖率而非实际完成覆盖率时，工作组将直接采信行政统计覆盖率数据作为上报数据。WUENIC 估算值与上报覆盖率数据存在偏差的具体情况如下所示。

下表中的备注栏对 2025 年覆盖率估算值的调整依据做出了说明；如需更全面的解释，可查阅对应国家概况中不同疫苗全时间序列的专项说明：https://immunizationdata.who.int/listing.html、https://data.unicef.org/resources/immunization-country-profiles/ 或 https://worldhealthorg.shinyapps.io/wuenic-trends

国家	WUENIC	行政数据	官方估计	注释	差值
阿富汗*	61	83	83	上报数据已校准至 2024 年的合理水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-22
安哥拉	52	67	67	上报数据已校准至 2022 年的合理水平。该计划报告称，报告完整率达到 90%。该估算值受到以下方面的质疑：R-	-15
阿塞拜疆	51	81	81	上报数据已校准至 2021 年的合理水平。本次上报数据未被直接采信。当地儿童登记体系不完善，并非出生队列统计偏差导致 2025 年出生数与存活婴儿数之间存在 20%的差值，登记在册的儿童数量远低于当年出生人口数。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展免疫接种分层整群抽样调查，因本次上报数据未被直接采信，正在等待最终报告结果。该估算值受到以下方面的质疑：R-	-30
贝宁*	69	114	84	上报数据已校准至 2022 年的合理水平。因近三年覆盖率统计的分母口径不统一，世界卫生组织和联合国儿童基金会建议对全时间序列数据进行回溯修正。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-15
玻利维亚（多民族国）	59	82	82	该估算值基于上报数据趋势外推得出。因覆盖率从 59%突然跳升至 82%，本次上报数据未被直接采信。2024-2025 年上报的目标人群规模降幅超过 26%。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议基于 2024 年人口普查修正后的目标人群数，回溯调整历年覆盖率统计分母。目标	-23

				人群修正结果显示，当前 WUENIC 估算值可能略低于真实覆盖率。GoC=R+ D+	
博茨瓦纳	95	71	不适用	上报数据已校准至 2012 年的合理水平。本次上报数据未被直接采信。上报数据波动幅度较大，反映出行政登记和上报工作质量存在明显不足。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的家庭入户调查。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议开展高质量专项调查，核验上报覆盖率的真实水平。近年 WUENIC 估算值可能略高于真实覆盖率。置信等级由工作组直接核定。上报覆盖率与统计分母口径不匹配，当前估算值仅能通过 2006 和 2012 年出生队列的调查结果佐证。	24
柬埔寨*	81	93	不适用	上报数据已校准至 2020 年的合理水平。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的家庭入户调查。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议开展高质量专项调查，核验上报覆盖率的真实水平。该估算值受到以下方面的质疑：R-	-12
中非共和国*	46	110	110	估算值基于 2024-2025 年上报剂次数量的关联关系，结合 2024 年覆盖率估算值推算得出。因上报覆盖率 110%超过 100%的合理阈值，本次上报数据未被直接采信。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议持续提升数据质量，后续基于专项调查结果回溯修正全时间序列覆盖率数据。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-64
乍得*	71	105	105	估算值整体贴合上报数据的变化趋势。因上报覆盖率 105%超过 100%的合理阈值，本次上报数据未被直接采信。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-S-	-34
科特迪瓦*	70	97	97	上报数据已校准至 2024 年的合理水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-27
刚果民主共和国*	65	95	95	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。覆盖率统计分母出现 9%的无理由增长，且官方估算值未对行政统计覆盖率做任何合理性调整。因覆盖率从 65%突然跳升至 95%，本次上报数据未被直接采信。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国	

				2025 年正在开展免疫覆盖率专项调查，正在等待最终报告结果。该估算值受到以下方面的质疑：D-	
多米尼加共和国	87	93	93	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。目标人群规模和接种剂次总量均出现无理由下降。2024-2025 年，1 岁以内接种的疫苗对应目标人群降幅达 26%，2 岁以内接种的疫苗对应目标人群降幅达 19%。该估算值受到以下方面的质疑：D-	-6
斐济	94	86	不适用	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。无官方上报覆盖率数据。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议全面复盘现有数据上报体系，核验最终产出的覆盖率数据合理性。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国 2024 年全国免疫覆盖率调查，正在等待最终报告结果。GoC=R+ D+	8
冈比亚*	82	97	97	估算值基于 2024-2025 年上报剂次数量的关联关系，结合 2024 年覆盖率估算值推算得出。因覆盖率从 80%突然跳升至 97%，本次上报数据未被直接采信。2024-2025 年上报出生数无理由下降 18%，存活婴儿数无理由下降 15%。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的家庭入户调查。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议开展高质量专项调查，核验上报覆盖率的真实水平。该估算值受到以下方面的质疑：R-	-15
几内亚比绍*	84	67	68	上报数据已校准至 2023 年的合理水平。官方估算值的调整逻辑前后不一致。该估算值受到以下方面的质疑：R-	17
海地*	58	77	77	估算值基于 2024-2025 年上报剂次数量的关联关系，结合 2024 年覆盖率估算值推算得出。本次上报数据未被直接采信。覆盖率下降的部分原因是目标人群规模增长了 7%。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的家庭入户调查。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议在条件允许的情况下开展高质量专项调查，核验上报覆盖率的真实水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-19

哈萨克斯坦	54	98	不适用	上报数据已校准至 2023 年的合理水平。2024-2025 年上报的目标人群规模降幅达 9%。上报的活产数目标人群规模比存活婴儿数目标人群规模高出 11%。该国卫生部认为 2024 年 MICS 调查结果相比常规免疫规划数据低估了真实疫苗覆盖率，不认可将该调查数据作为世界卫生组织和联合国儿童基金会估算值的参考依据。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-44
肯尼亚*	88	80	80	上报数据已校准至 2020 年的合理水平。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展的 2025 年中期人口与健康调查（DHS），正在等待最终报告结果。该估算值受到以下方面的质疑：R-	8
老挝人民民主共和国*	67	89	89	上报数据已校准至 2021 年的合理水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-22
黎巴嫩	52	62	62	上报数据已校准至 2019 年的合理水平。2024-2025 年上报目标人群规模下降 11%，部分原因是受叙利亚近期局势变化影响，大量叙利亚难民离境。解读该组数据时需保持审慎态度：从 DTP1 与后续剂次的覆盖率变化趋势来看，近年该国的接种脱漏率出现了大幅上升。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展的 2023 年多指标类集调查（MICS），正在等待最终报告结果。该估算值受到以下方面的质疑：R-	-10
利比里亚*	83	96	96	上报数据已校准至 2018 年的合理水平。本次上报数据未被直接采信。统计分子存在误差，原因是接种剂次重复上报、统计范围纳入了非目标人群。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议采用统一口径的统计分母，回溯修正历年上报的覆盖率时间序列数据。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的家庭入户调查。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议开展高质量专项调查，核验上报覆盖率的真实水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-13
马达加斯加*	64	85	85	上报数据已校准至 2023 年的合理水平。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展的 2024-2025 年多指标类集调查，正在等待最终报告结果。扩大免疫规划（EPI）覆盖率调查的初步结果显示，2024 年出生队列的	-21

				DTP3 覆盖率为 63%。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	
马里*	84	104	82	估算值基于行政统计覆盖率的年度变化趋势，结合上一年度的覆盖率估算值推算得出。因行政统计覆盖率 104%超过 100%的合理阈值，本次上报数据未被直接采信。官方发布覆盖率的推导方法未提供公开说明。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-20
马绍尔群岛	85	5	不适用	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。无官方上报覆盖率数据。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的独立评估。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议开展高质量独立评估，核验上报覆盖率的真实水平。该国出生队列规模极小，因此行政统计数据的波动幅度较大。该估算值受到以下方面的质疑：D-	80
毛里塔尼亚*	86	76	76	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。2024-2025 年上报的目标人群规模增幅达 10%-14%。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展的 2026 年多指标类集调查，正在等待最终报告结果。GoC=R+ D+	10
莫桑比克*	70	116	116	估算值基于上一年度的覆盖率估算值推算得出。因上报覆盖率 116%超过 100%的合理阈值，且覆盖率从 128%突然跳变为 116%，本次上报数据未被直接采信。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-46
缅甸*	71	79	79	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。结合人口增长率、2024 年人口普查数据、实地人口清点和微观规划数据交叉核验后，上报目标人群规模降幅达 10%-13%。当前数据上报完整度为 83%。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的家庭入户调查。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议开展高质量专项调查，核验上报覆盖率的真实水平。免疫规划系统反馈，部分省级区域曾出现疫苗断供情况。GoC=R+ D+	-8

尼日利亚*	62	92	53	上报数据已校准至 2022 年的合理水平。免疫规划系统反馈，全国及部分省级区域曾出现为期 1 个月的疫苗断供情况。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议持续推进各级行政登记上报体系的独立质量评估，同步落实全国数据质量提升计划的各项工作。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展的 2025 年人口与健康调查、2025-2026 年多指标类集调查，正在等待最终报告结果。官方发布的覆盖率估算值基于上报时点可获取的最新调查结果生成。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-30
巴拉圭	80	86	86	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。2024-2025 年上报的活产数和存活婴儿数降幅均超过 12%。覆盖率统计分母由卫生系统在本财年登记的活产数行政记录生成。免疫规划系统反馈，全国层面曾出现为期 1 个月的疫苗断供情况。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的家庭入户调查。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议开展高质量专项调查，核验上报覆盖率的真实水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-	-6
秘鲁	84	90	90	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。2023-2024 年目标人群规模出现 14%-21%的无理由下降。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展的 2025 年秘鲁家庭人口与健康调查（ENDES），正在等待最终报告结果。该估算值受到以下方面的质疑：D-	-6
塞拉利昂*	91	104	104	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。2023 年起持续出现无依据的高覆盖率数据。因行政统计覆盖率 104%超过 100%的合理阈值，本次上报数据未被直接采信。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展的 2025-2026 年多指标类集调查，正在等待最终报告结果。该估算值受到以下方面的质疑：D-	-13

所罗门群岛*	87	72	72	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。2024-2025 年上报的存活婴儿数增长 15%，且数值高于同期上报的活产数。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议基于 2025 年更新的人口估算值，回溯修正历年目标人群统计数据。因覆盖率从 87%突然跳变为 72%，本次上报数据未被采信。近 5 个年度出生队列均未开展具有全国代表性的家庭入户调查。世界卫生组织和联合国儿童基金会建议开展高质量专项调查，核验上报覆盖率的真实水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-	15
南苏丹*	73	93	80	估算值基于上一年度的覆盖率估算值推算得出。世界卫生组织和联合国儿童基金会已知晓该国正在开展的 2025 年多指标类集调查（MICS），正在等待最终报告结果。MICS 2025 年核心结果报告显示，2023 年出生队列的 DTP3 覆盖率为 39%。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-7
阿拉伯叙利亚共和国*	60	66	66	上报数据已校准至 2012 年的合理水平。该国反馈，本次统计的分子和分母均已纳入西北部区域的相关数据，且近年已组织多轮强化免疫接种活动。2012 年以来，受国内动荡局势影响，WUENIC 估算值通过校准系数生成：结合上报的接种剂次数量、独立估算的目标人群规模重新计算覆盖率后，得出最终校准结果。近年开展的调查虽未覆盖全部人口，但结果显示当前覆盖率水平相比 2012 年之前，更贴近官方发布的估算值。免疫规划系统反馈，人口流动和安全局势相关挑战是该国部分区域覆盖率下降的核心原因。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-6
圣多美和普林西比*	87	96	96	该估算值基于上报数据趋势外推得出。本次上报数据未被直接采信。2023 年以来，目标人群规模和实际接种剂次总量均出现无理由下降。该估算值受到以下方面的质疑：D-	-9
塔吉克斯坦*	86	97	97	上报数据已校准至 2022 年的合理水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-11
坦桑尼亚联合共和国*	83	95	94	上报数据已校准至 2023 年的合理水平。本次上报数据未被直接采信。2024-2025 年上报的	-11

				目标人群规模增幅达 8%。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	
也门*	39	70	70	上报数据已校准至 2021 年的合理水平。该国反馈，受冲突影响区域的免疫督导频次大幅下降。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	-31
赞比亚*	91	85	85	上报数据已校准至 2022 年的合理水平。该估算值受到以下方面的质疑：D-R-	6

*标注星号的国家为全球疫苗免疫联盟（Gavi）受援国
WUENIC：世界卫生组织/联合国儿童基金会 2025 年修订版国家级免疫覆盖率估算报告（2026 年 7 月定稿）
Admin：各国上报的行政统计覆盖率数据
Gov：各国政府官方发布的覆盖率估算值
D–：表示该 WUENIC 覆盖率估算值，与“使用上报的覆盖率统计分子数据+独立核验的统计分母重新计算得出的覆盖率”存在偏差
R–：表示该 WUENIC 覆盖率估算值，与各国上报的覆盖率数据存在偏差
Diff：上报数据与世界卫生组织/联合国儿童基金会覆盖率估算值的差值；若该国提交了官方覆盖率估算值，此处的上报数据以官方估算值为准，否则以行政统计覆盖率数据为准，官方估算值未被采信的情况除外。