

实现全民疫苗可及与免疫接种率的进展与挑战

2025 年世卫组织/联合国儿童基金会估算的国内免疫接种率

来源:

- 截至 2026 年 6 月 21 日各会员国向世卫组织和联合国儿童基金会提交的报告
- 世界银行. (2026 年 7 月 1 日)。世界银行 2025-2026 年按收入水平划分的国家分类。检索自 <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- 联合国，人口司，2024年修订版

截至 2026 年 7 月 15 日的估算数据



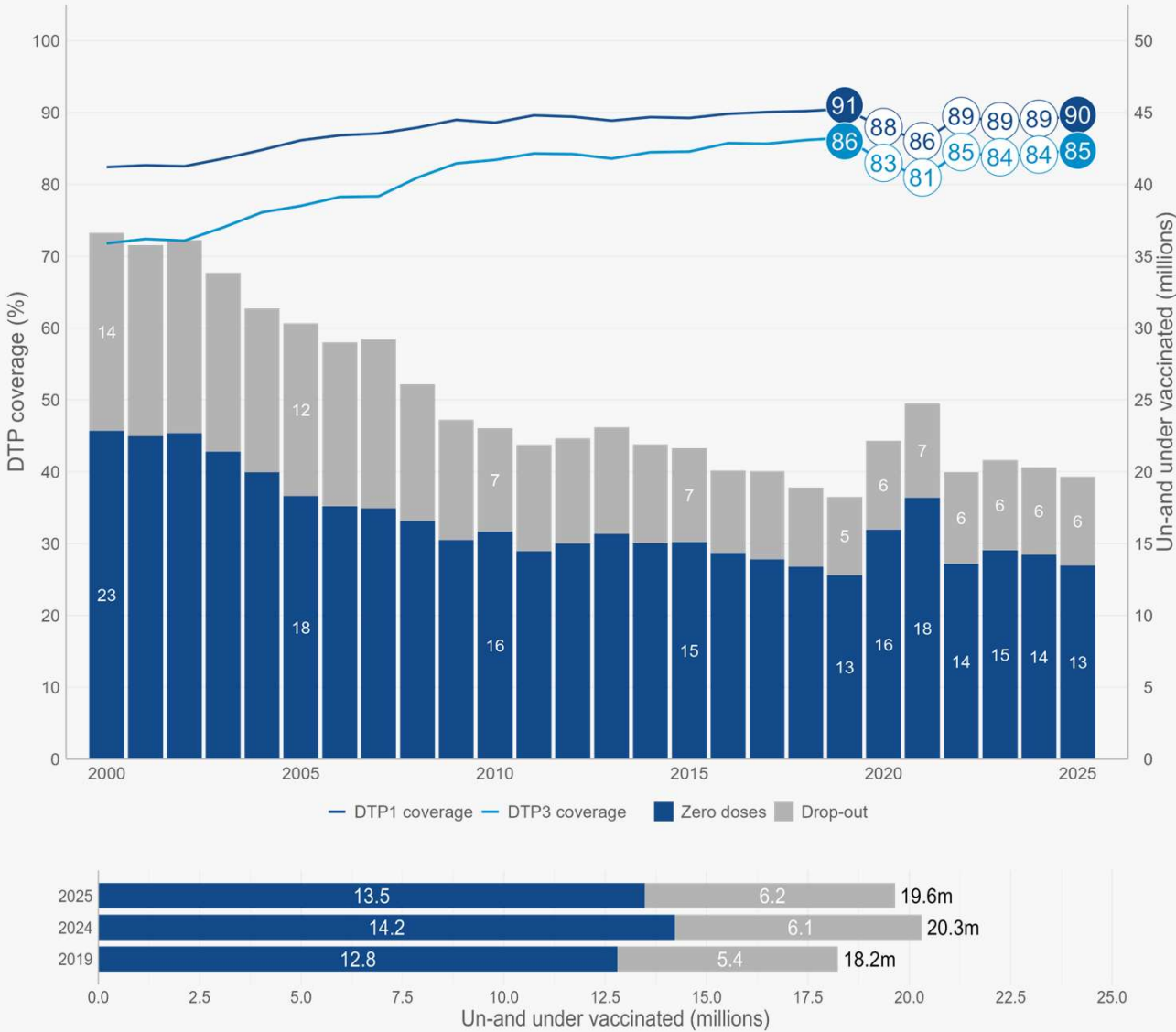
2025 年白百破三联疫苗 (DTP*) 接种率仍低于 2019 年的基准水平

2025 年，各免疫计划使 DTP 接种率较 2024 年小幅提升，但仍低于 2019 年水平——该水平是《2030 年免疫议程》的目标基线。

当前“零剂次儿童”数量较 2019 年增加了 674,000 人，但较 2024 年减少了 745,000 人。

未完成含 DTP 疫苗接种的儿童中，绝大多数 (69%) 属于“零剂次儿童”，即从接受过常规免疫接种。未完成 DTP 全程接种的儿童中，近三分之一 (31%) 属于“脱漏”情况，即已开始接种但未完成 3 剂次接种，因此被免疫计划系统登记在册。

*DTP：含白喉、破伤风及百日咳抗原的疫苗



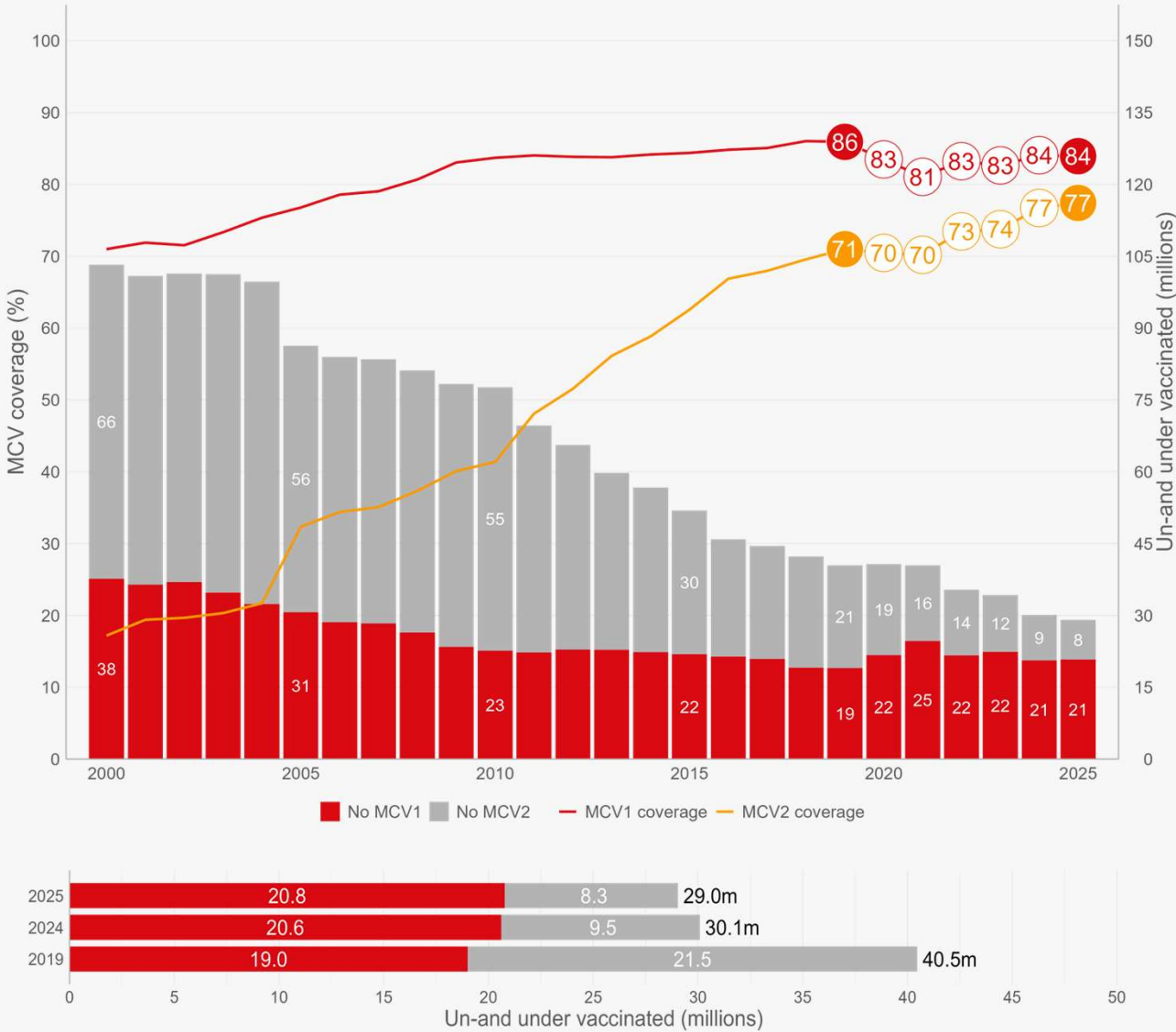
2025 年的麻疹疫苗 (MCV*) 接种率仍低于 2019 年基线水平

至少接种一剂次麻疹疫苗的人数也难以恢复到 2019 年的水平。当前未接种麻疹疫苗的儿童数量仍比 2019 年多出 180 万，较 2024 年多出 173,000 人。

随着近期引入麻疹疫苗第 2 剂次的国家不断强化儿童出生后第 2 年的接种服务体系，麻疹疫苗第 2 剂次接种率持续提升。

仍有 2 个国家尚未将麻疹疫苗第 2 剂次纳入其国家免疫规划：中非共和国和加蓬。

*MCV：含麻疹抗原的疫苗，如 MR 或 MMR。



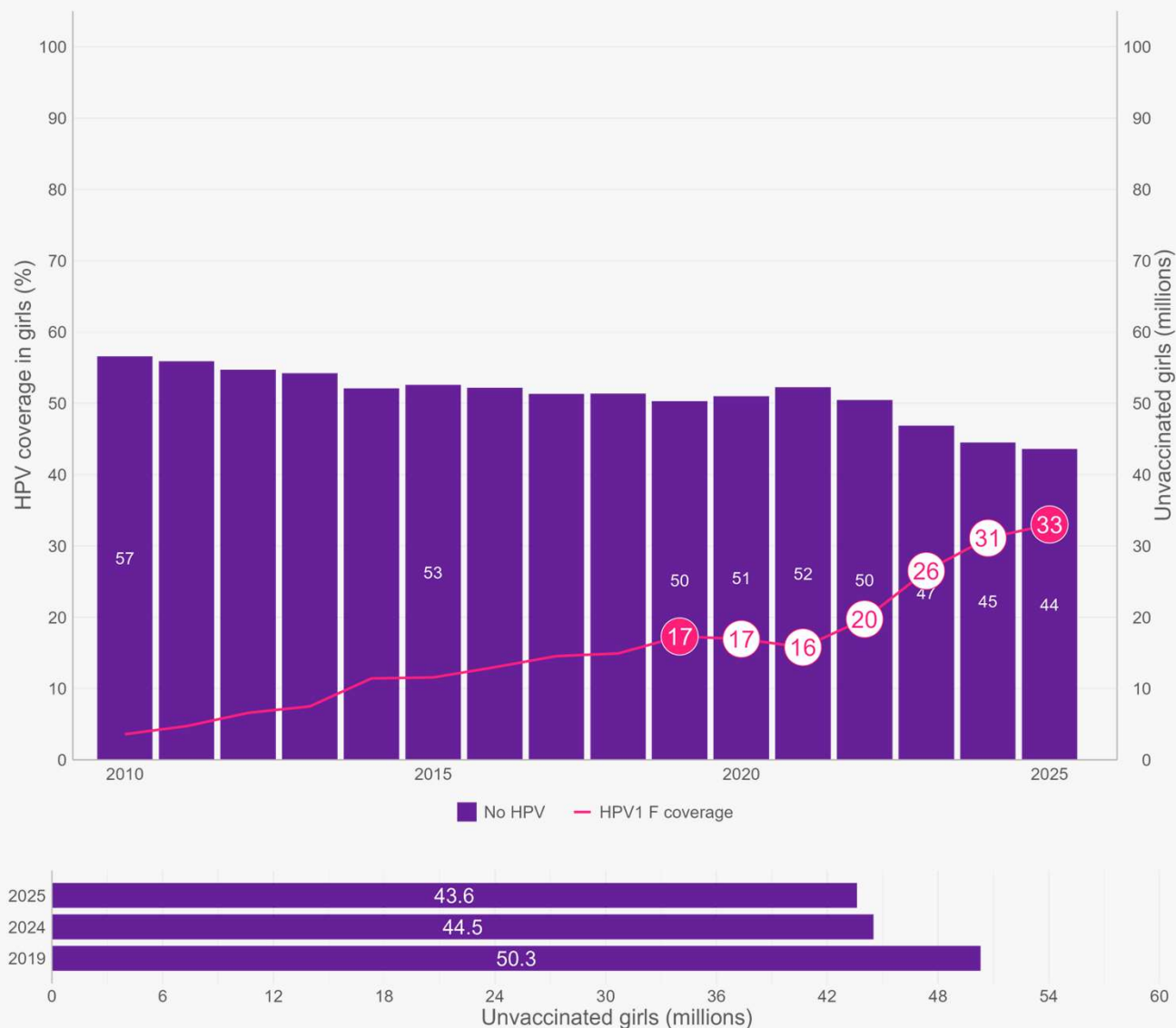
2025 年人乳头瘤病毒 (HPV*) 免疫接种率持续提升，但增速 有所放缓

2025 年，随着全球范围 15 个新国家启动 HPV 疫苗接种计划，6610 万符合 HPV 疫苗接种条件的女童中，有 33%（即 2250 万）完成了至少 1 剂次 HPV 疫苗接种。

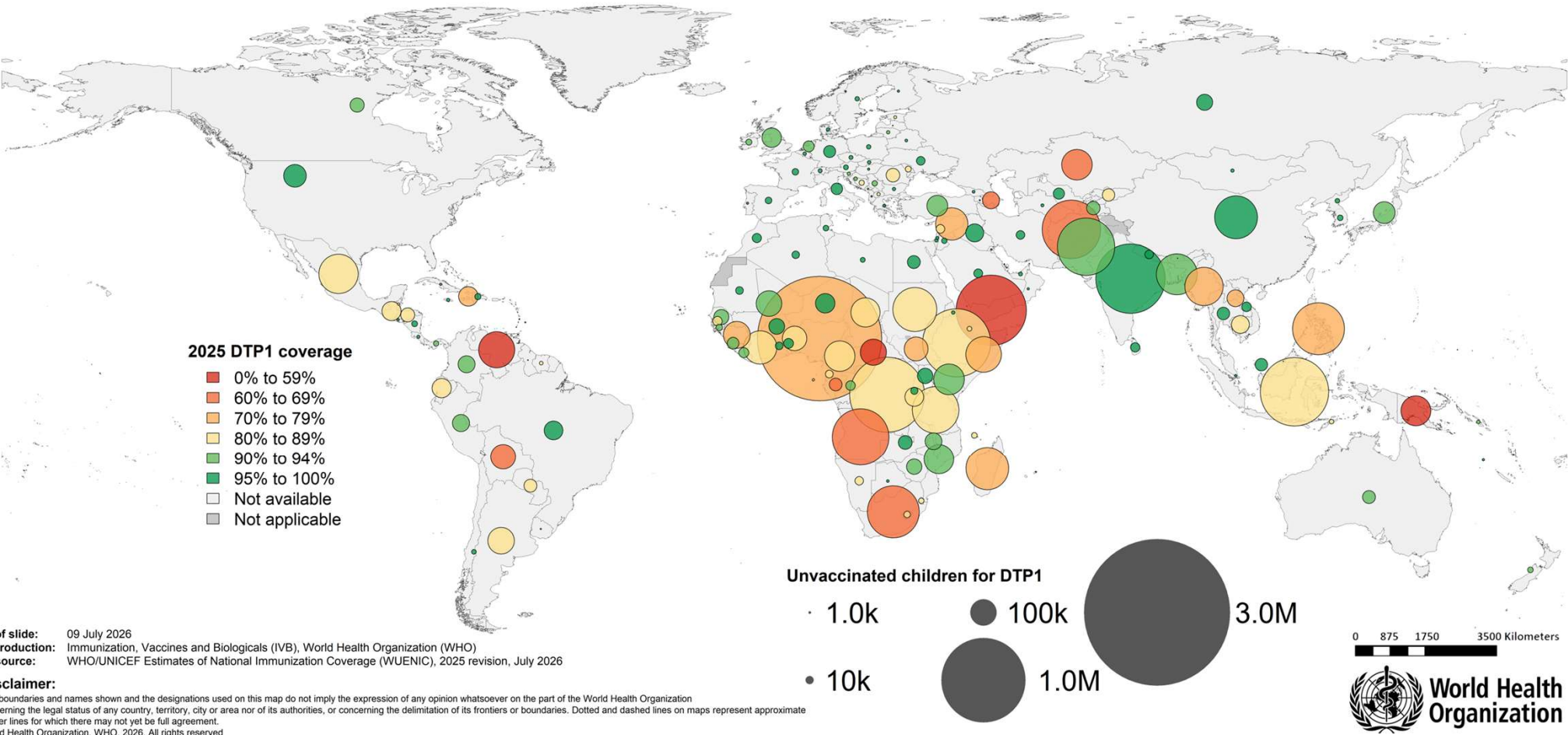
仍有 4360 万名女童未接种该疫苗。

- 2280 万名女童（占全球适龄群体的 35%）所在国家尚未将该疫苗纳入国家免疫规划。
- 2080 万名女童（占全球适龄群体的 32%）未被本国的 HPV 疫苗接种规划覆盖

*HPV：人乳头瘤病毒疫苗。此处展示的接种率统计对象为 9-14 岁女童，统计口径为通过常规 HPV 疫苗接种服务完成至少 1 剂次接种的人群占比



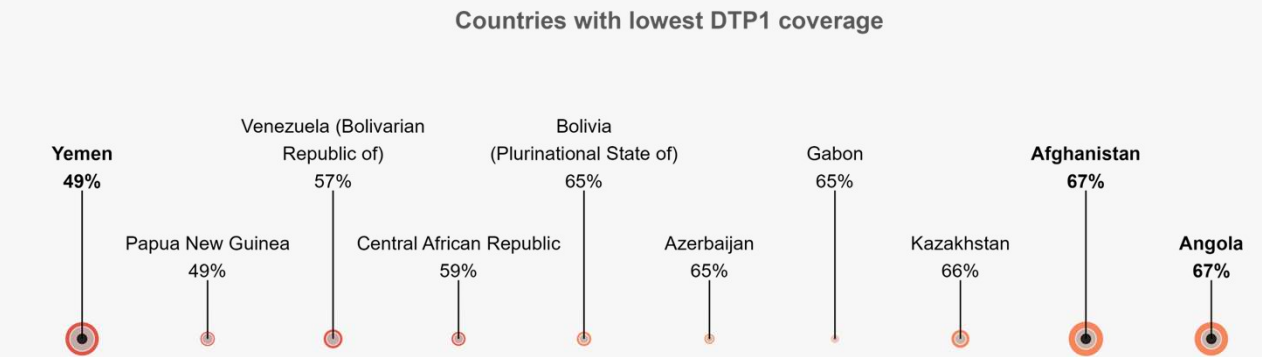
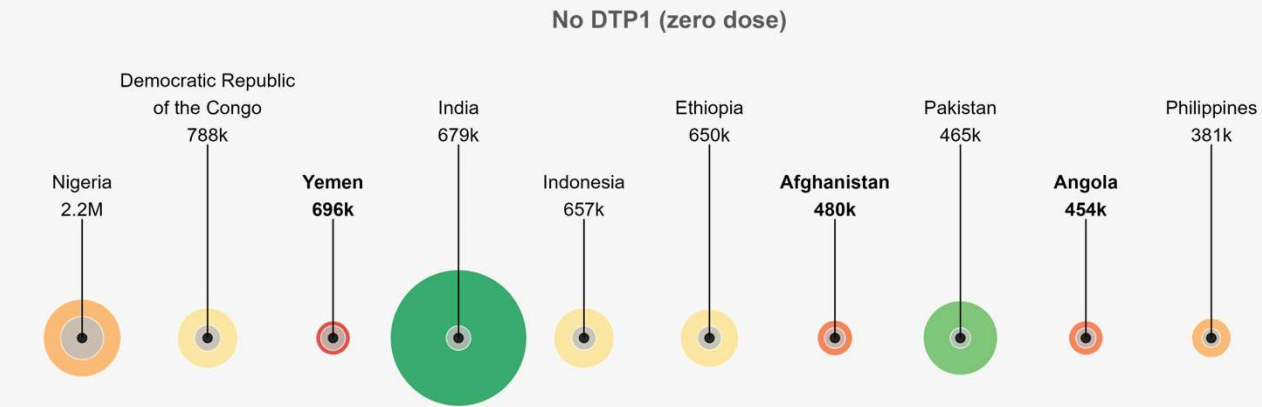
2025 年各国百白破疫苗第 1 剂次 (DTP1) 接种率及零剂次儿童数量



2025 年未接种儿童数量最多且 DTP1 接种率最低的前 10 个国家

受低接种率与庞大出生队列的共同影响，**尼日利亚**是 2025 年零剂次儿童数量最多的国家。

尽管**也门**出生队列规模处于全球第 21 位，体量相对适中，但冲突已严重削弱其卫生系统，导致该国 DTP1 接种率为全球最低，完全未接种疫苗的儿童规模位列全球第三。



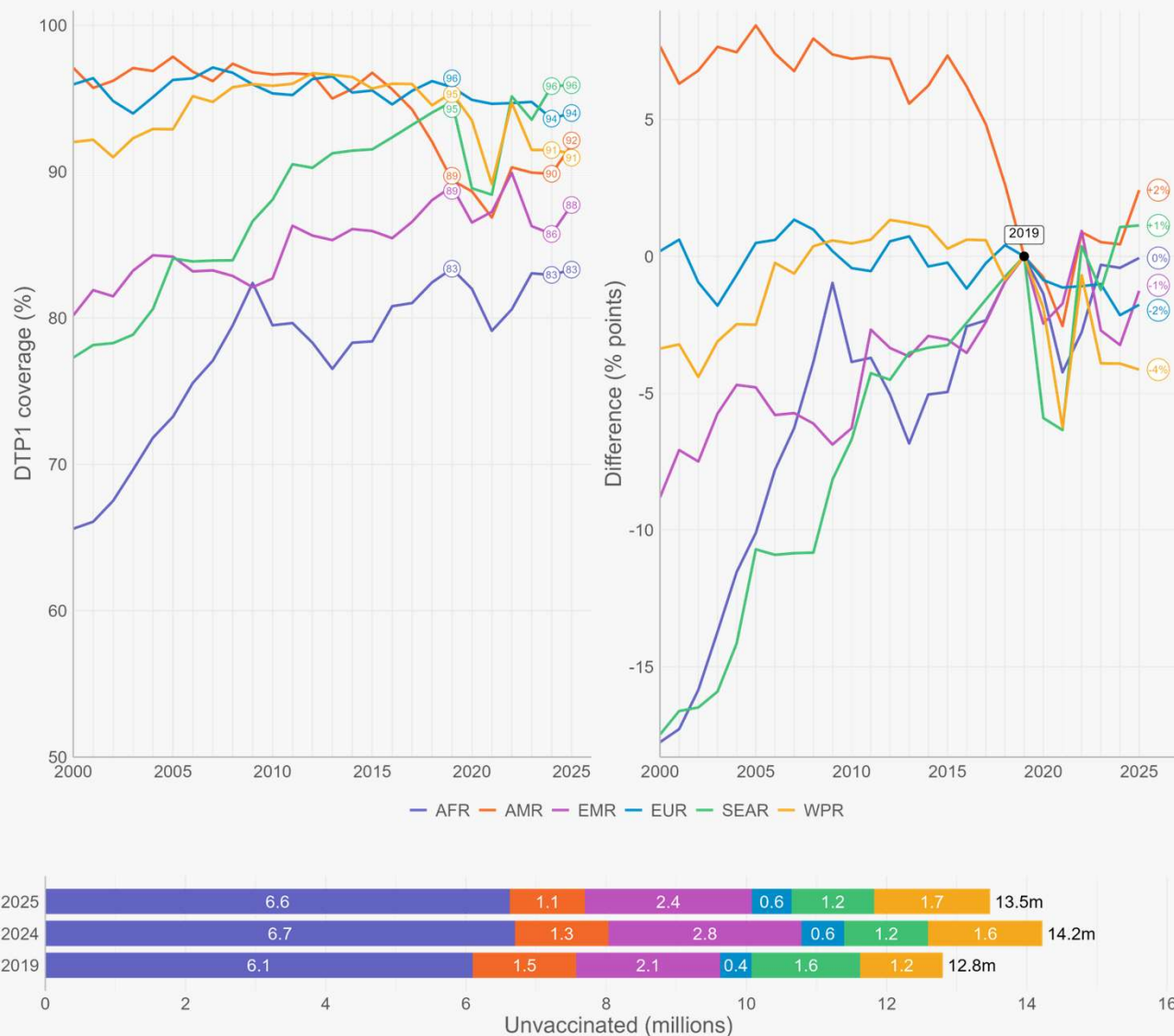
加粗标注的国家同时位列“未接种儿童数量最多”与“接种率最低”两大榜单的前 10 位。
当两个国家接种率相同时，未接种儿童数量更多的国家排名靠前。



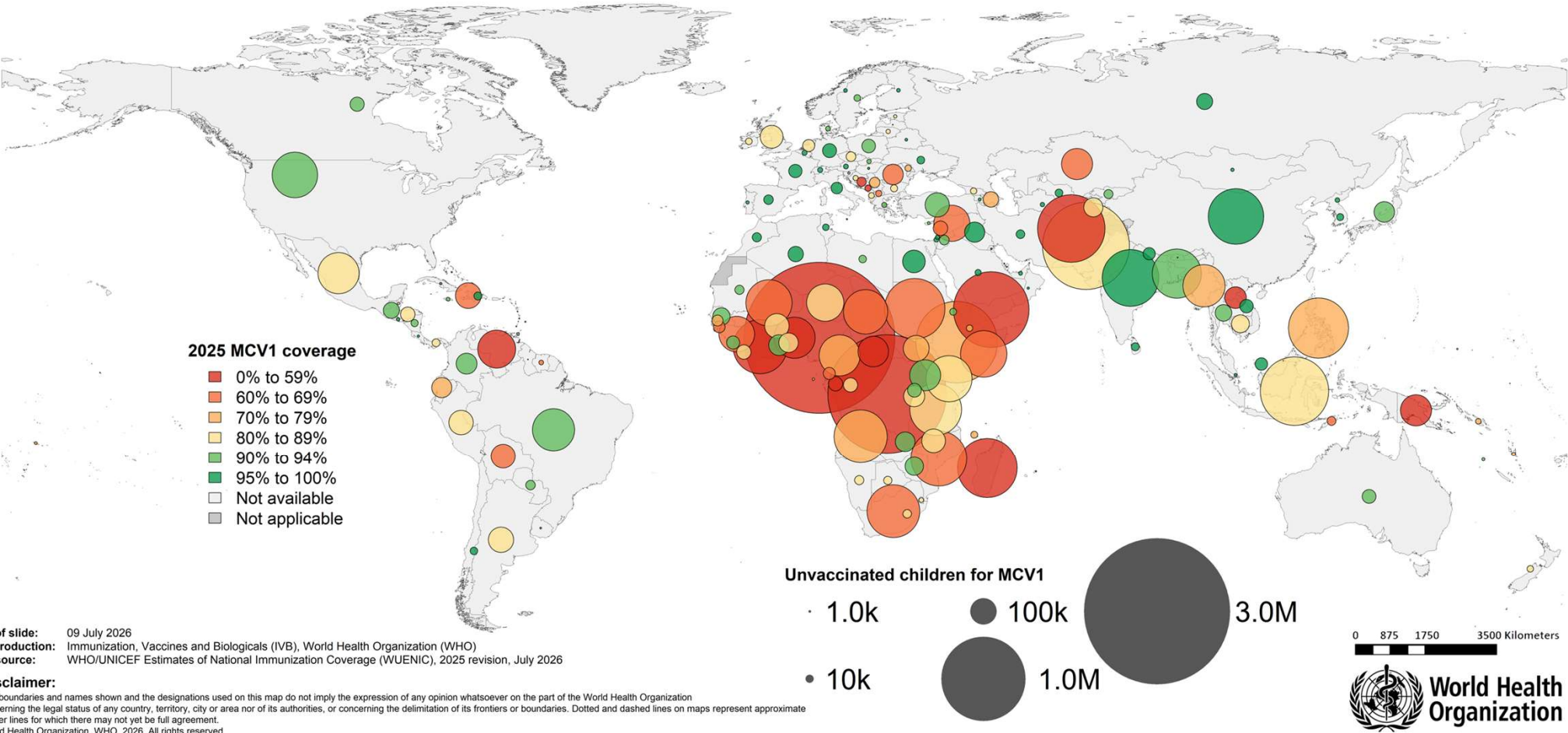
各区域 DTP1 接种率的推进 进度存在分化

DTP1 接种率的长期趋势在不同区域间也呈现一定差异。

- 东南亚区域 (SEAR) 与美洲区域 (AMR) 接种率已实现提升，超过 2019 年基线水平。
- 东南亚区域有史以来首次成为表现最优的区域。
- 非洲区域 (AFR)、东地中海区域 (EMR)、欧洲区域 (EUR) 与西太平洋区域 (WPR) 的接种率均低于各自的 2019 年基线水平
- 欧洲区域、西太平洋区域，可能还有美洲区域，似乎已出现持续 10 年以上的接种率增长倒退趋势



2025 年各国 MCV1 接种率及未接种麻疹疫苗儿童数量

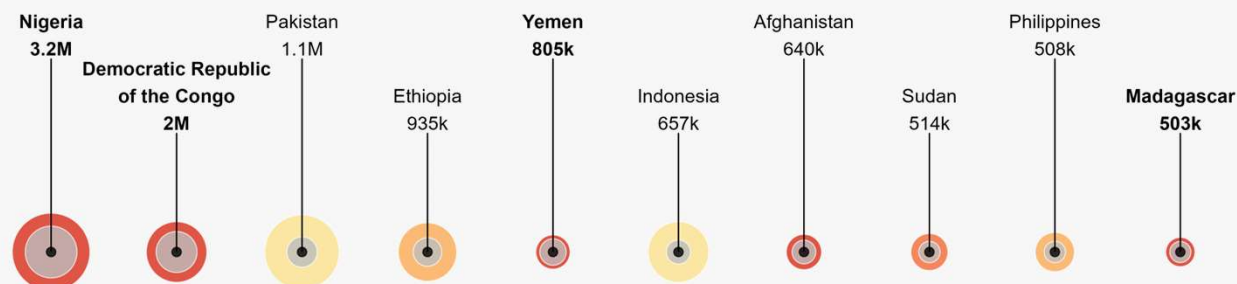


2025 年未接种麻疹疫苗儿童数量最多且 MCV1 接种率最低的前 10 个国家

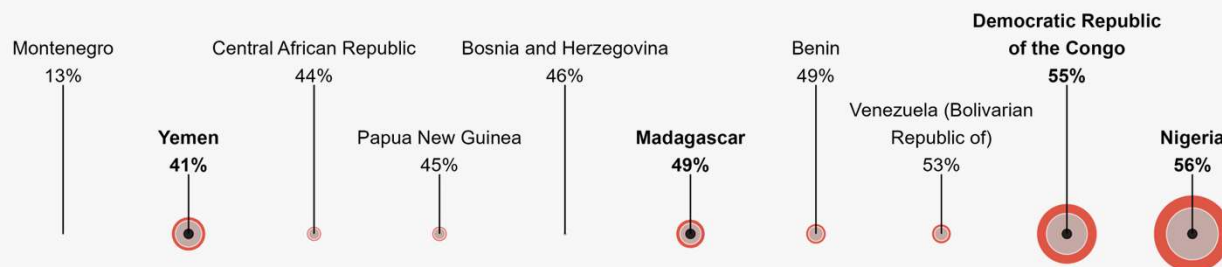
2025 年**尼日利亚**的麻疹未接种儿童数量同样为全球最多，且 MCV1 接种率位列倒数第十。自 2001 年首次发布 WUENIC 估算数据以来，**印度**首次退出麻疹未接种儿童数量最多的国家榜单。这凸显了印度扩大免疫规划 (EPI) 在过去十年取得的卓越进展。

麻疹接种率最低的国家榜单中，既包括局势脆弱的国家，也包含欧洲及其他地区部分存在突出卫生系统问题的稳定国家。

No measles vaccine



Countries with lowest MCV1 coverage



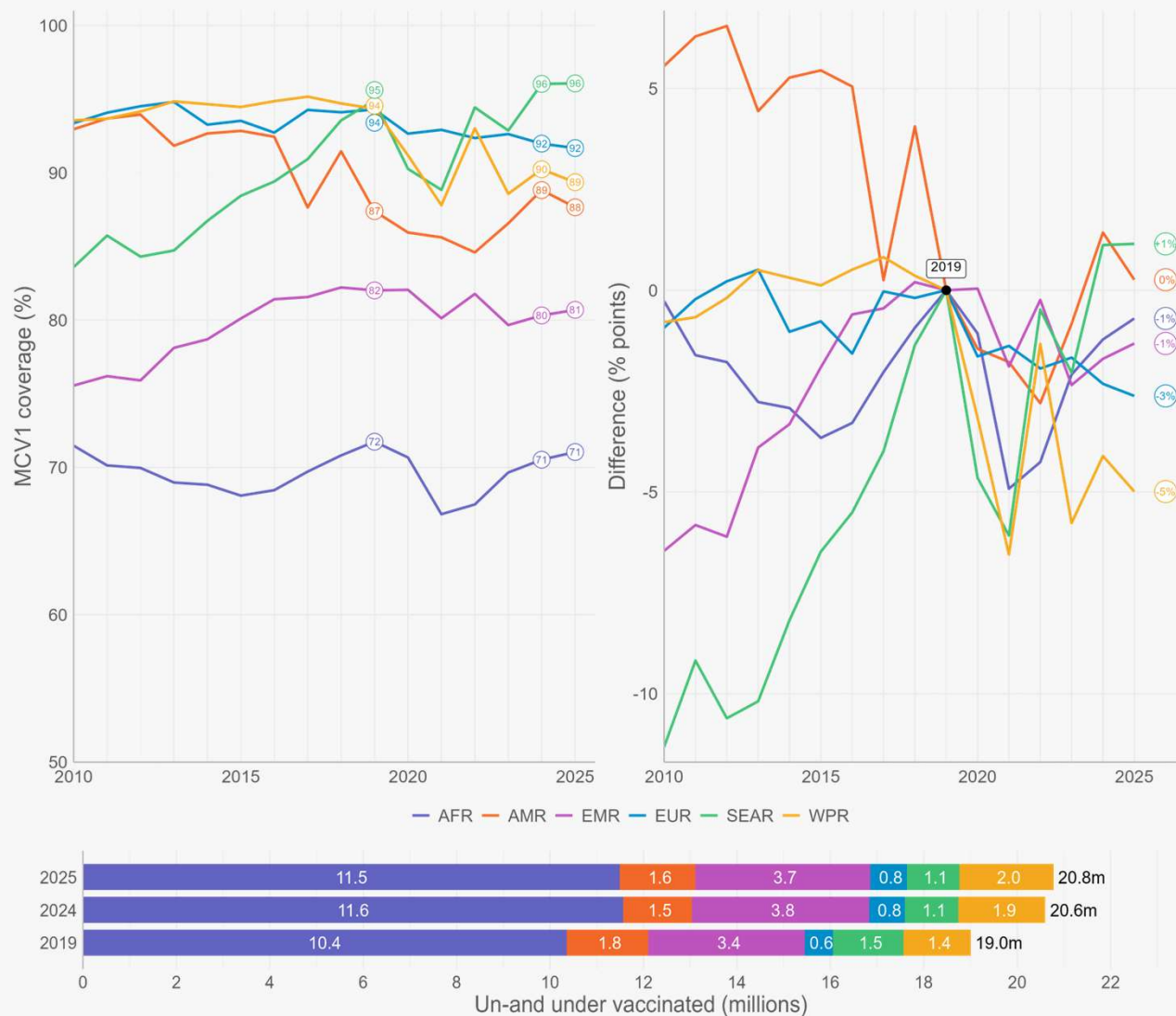
加粗标注的国家同时位列“未接种儿童数量最多”与“接种率最低”两大榜单的前 10 位。
当两个国家接种率相同时，未接种儿童数量更多的国家排名靠前。



各区域 MCV1 接种率的推进 进度存在分化

MCV1 接种率的长期趋势在不同区域间也存在一定差异。

- 东南亚区域 (SEAR) 与美洲区域 (AMR) 接种率已实现提升，超过 2019 年基线水平。
- 东南亚区域目前是表现最佳的区域。
- 非洲区域 (AFR)、东地中海区域 (EMR)、欧洲区域 (EUR) 与西太平洋区域 (WPR) 的接种率均低于各自的 2019 年基线水平
- 欧洲区域、西太平洋区域，可能还有美洲区域，似乎已出现持续 10 年以上的接种率增长倒退趋势



按区域分列的 **MCV1** 接种率分布显示，既往表现良好的区域出现接种率滑坡与不公平性加剧的情况

本幻灯片展示了五个时间点各区域内国家按 MCV1 接种率划分的密度分布情况。

- 非洲区域呈现逐步改善态势：极低接种率国家数量减少，分布顶端（高接种率）的国家数量持续增多
- 美洲区域，尤其是欧洲区域，出现一定程度的滑坡，不公平性加剧，越来越多国家从极高接种率区间滑落至中等甚至极低接种率区间
- 东南亚区域分化态势加剧，多数国家表现优异，同时也存在部分表现相对落后的国家。
- 西太平洋区域与东地中海区域态势更为复杂：接种率下限未恶化，但各分布的中部区间逐渐增厚，表明中等接种率国家增多。



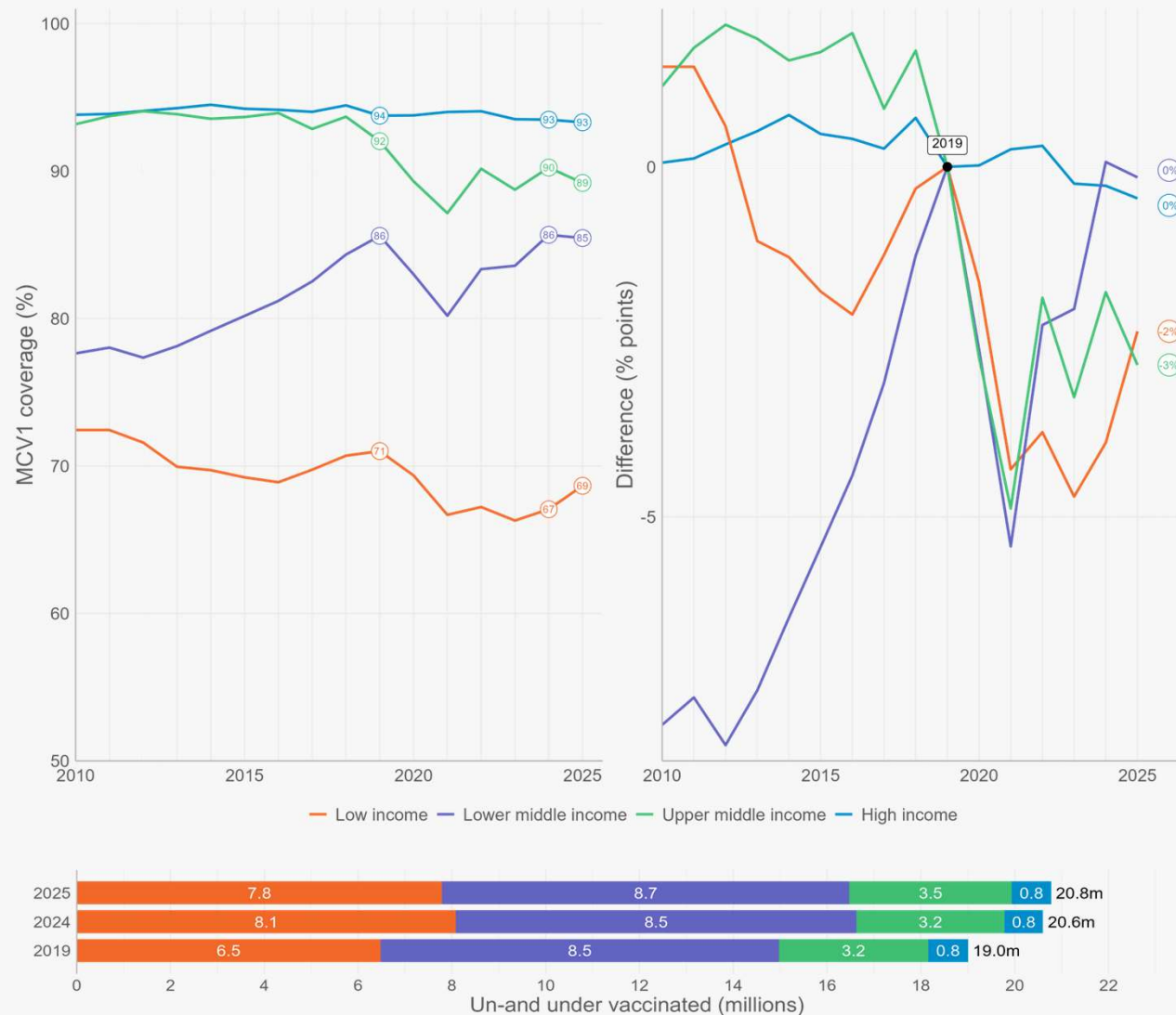
按世界银行收入组别分列的 MCV1 接种率推进进度出现分化*

低收入国家受疫情及其后续影响冲击最重，但目前已显现明确的复苏迹象。该复苏态势尚不稳定，多数国家的相关数据仍需通过入户调查进一步验证。

中低收入国家整体已恢复至 2019 年基线水平。

然而，高收入国家，尤其是中高收入国家，自 2019 年以来出现一定程度的接种率滑坡。

* 未纳入世界银行分类的国家（库克群岛、纽埃）已排除在外

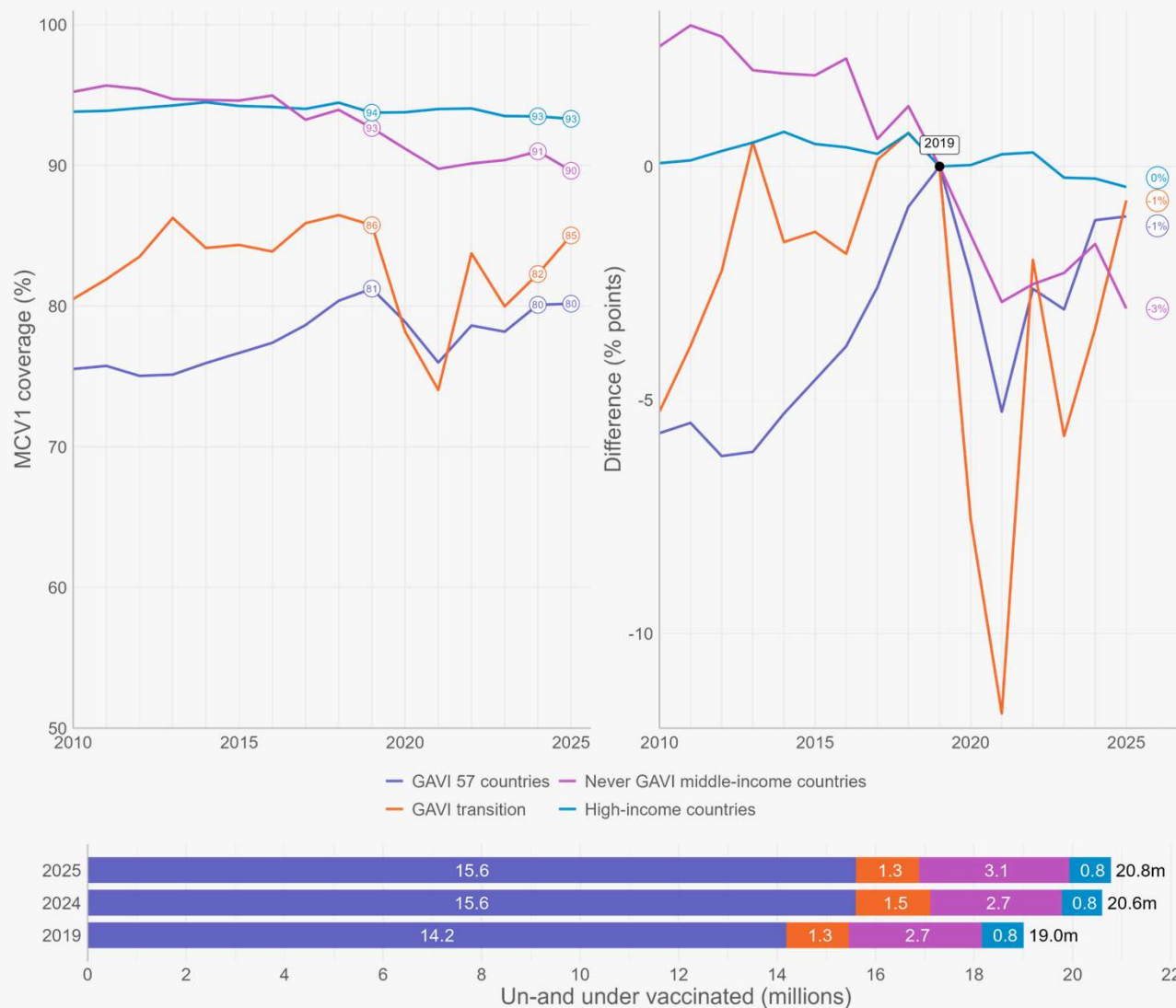


按全球疫苗免疫联盟 (Gavi) 资助资格分列的 MCV1 接种率推进进度出现分化

所有低收入国家以及部分中等收入国家都有资格获得全球疫苗免疫联盟 (Gavi) 的资助。总体而言，这些国家的接种率在过去几年里显著提高，目前仅略低于 2019 年的水平。

退出 Gavi 资助的国家初期降幅较大，但目前呈现向好趋势。

从未获得 Gavi 资助的国家与高收入国家群体类似，接种率已出现明显滑坡。



自 2024 年以来零剂次儿童的 进展与倒退情况

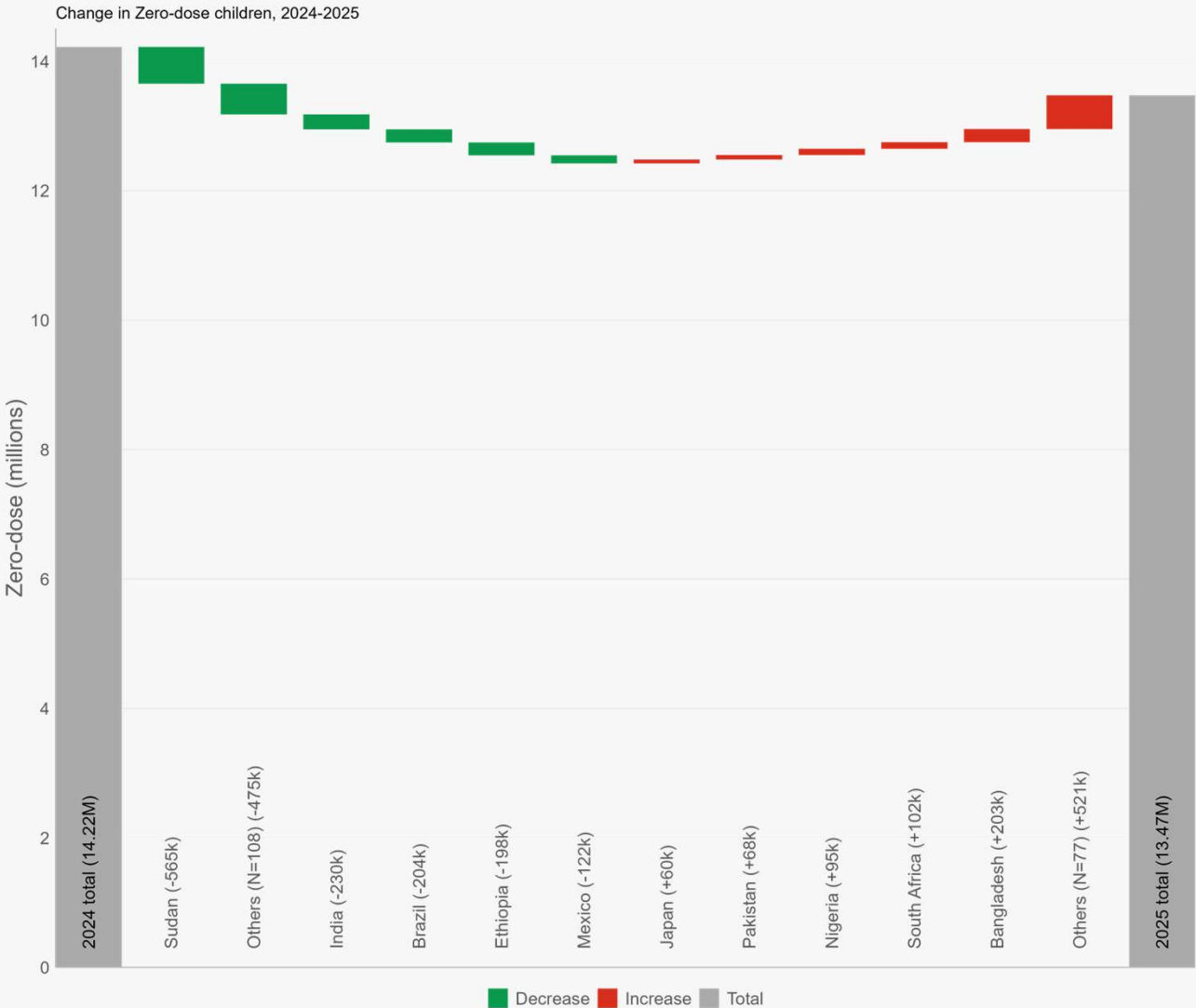
零剂次儿童数量的整体变化，是各国免疫计划服务能力有升有降共同作用的结果。

尽管境内冲突仍在持续，**苏丹**仍报告其免疫计划服务在 2025 年实现复苏。

印度、巴西、埃塞俄比亚和墨西哥去年均加强了免疫计划服务的可及性。

2025 年，**孟加拉国、南非、尼日利亚、巴基斯坦和日本**的零剂次儿童数量均有所增加。

其他国家变动较小，通常仅由出生队列规模的增减直接导致。



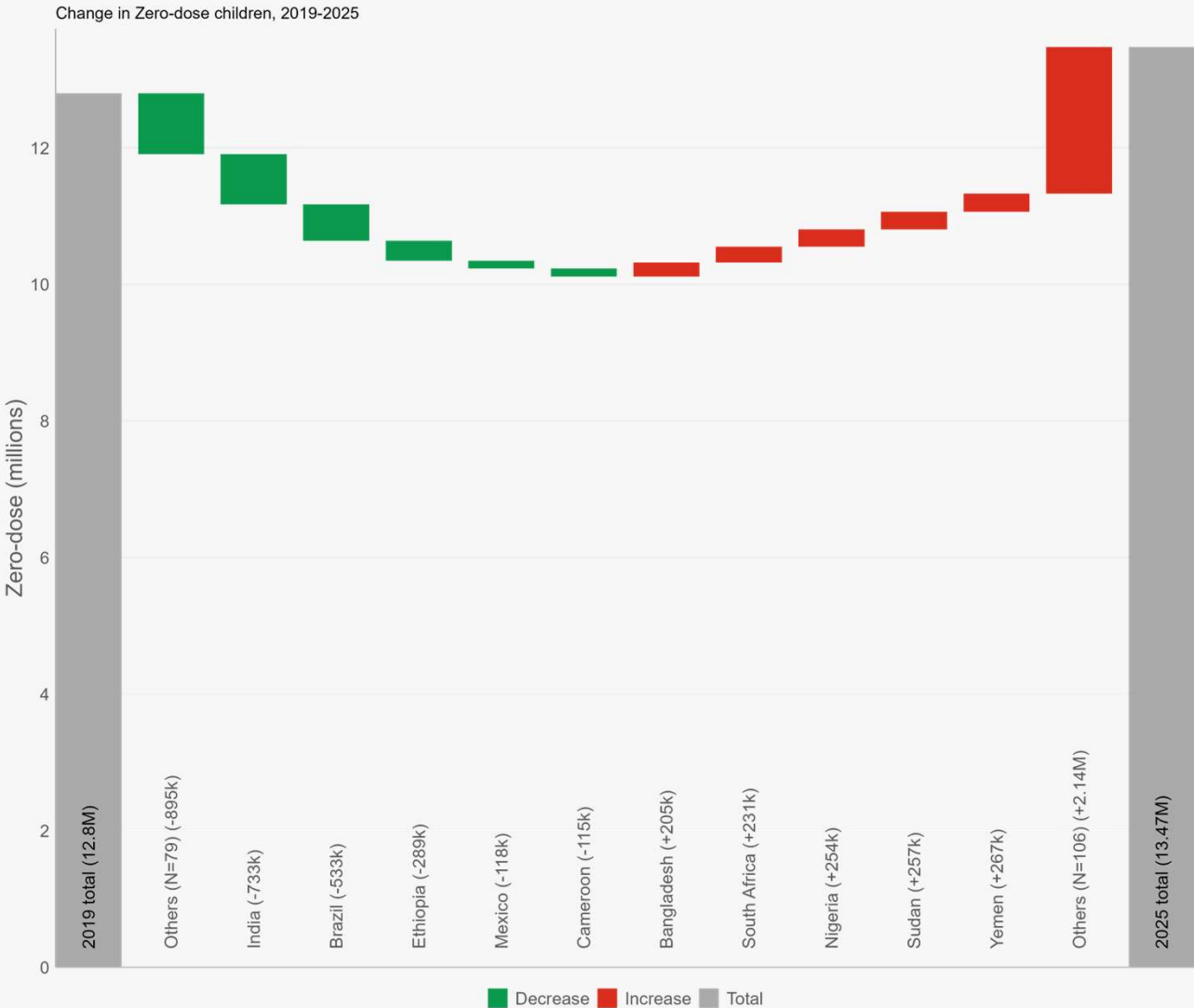
自 2019 年以来零剂次儿童的 进展与倒退情况

自《2030 年免疫议程》(IA2030) 基线年 2019 年以来，多国面临新冠疫情、外部资金缩减、冲突与动荡等多重挑战。

印度、巴西、埃塞俄比亚、墨西哥和喀麦隆均在零剂次儿童削减工作中取得显著进展。

与之相对，自 2019 年以来，**也门、苏丹、尼日利亚、南非和孟加拉国**的“零剂次儿童”数量有所增加。

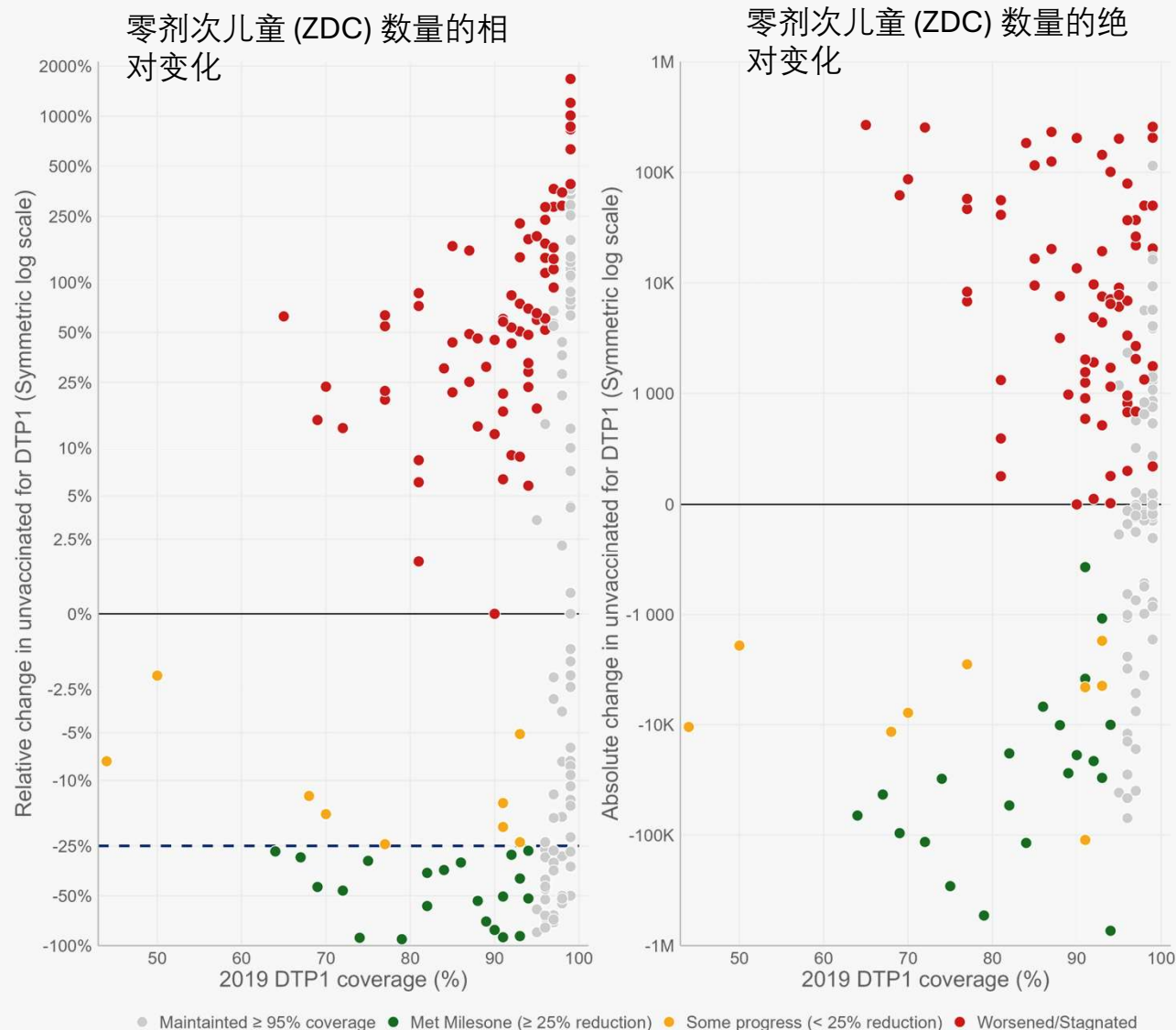
其他国家变动较小，通常仅由出生队列规模的增减直接导致。



2019 至 2025 年间，全球 62% 的国家维持高接种率或取得进展，38% 的国家零剂次儿童增加

各国通过《2030 年免疫议程》，同意到 2030 年将零剂次儿童数量减少 50%。国家层面的政治承诺至关重要。本图表按国家而非全球平均展示上述目标的中期进展。

- 90 个国家维持高于 95% 的高且稳定接种率
- 21 个国家通过将零剂次儿童减少 25% 或以上，达到 2025 年里程碑目标
- 9 个国家取得部分进展但未达里程碑目标。
- 74 个国家 2025 年的零剂次儿童数量高于 2019 年水平。



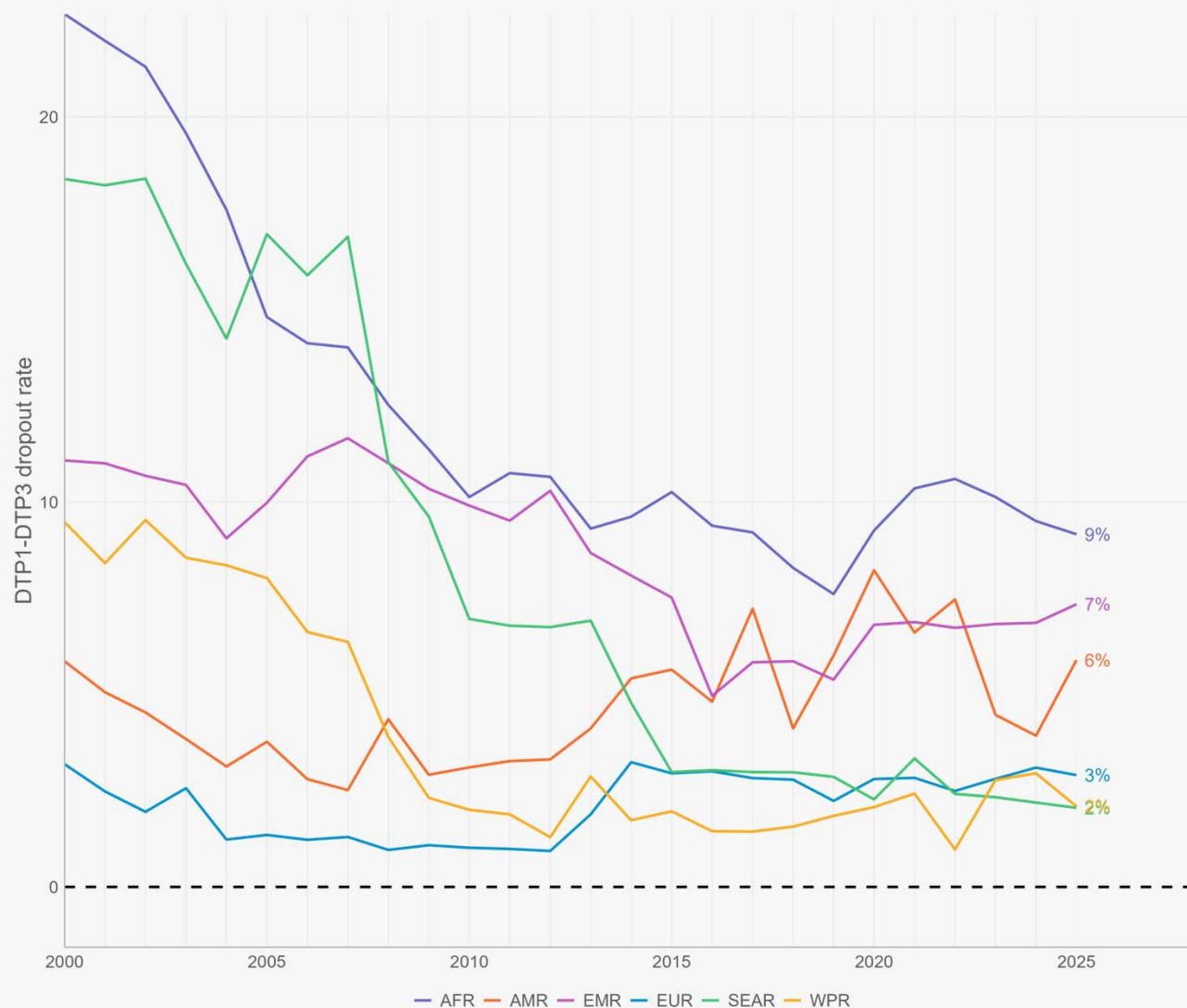
部分地区 **DTP1-DTP3** 脱漏率 过高

卫生系统需覆盖所有儿童（完成 DTP1 接种）并保障其完成全程接种（DTP3 或 MCVI），这一点至关重要。

“零剂次”指标用于衡量卫生服务可及性，而脱漏率（启动接种但未完成全程的儿童占比）是衡量全程接种完成情况的最优指标。

各地区 DTP1 至 DTP3 脱漏率介于 2% 至 9% 之间。

高脱漏率表明需在失访者追踪、免疫服务质量、含接种动员在内的社区参与等方面推进优化。



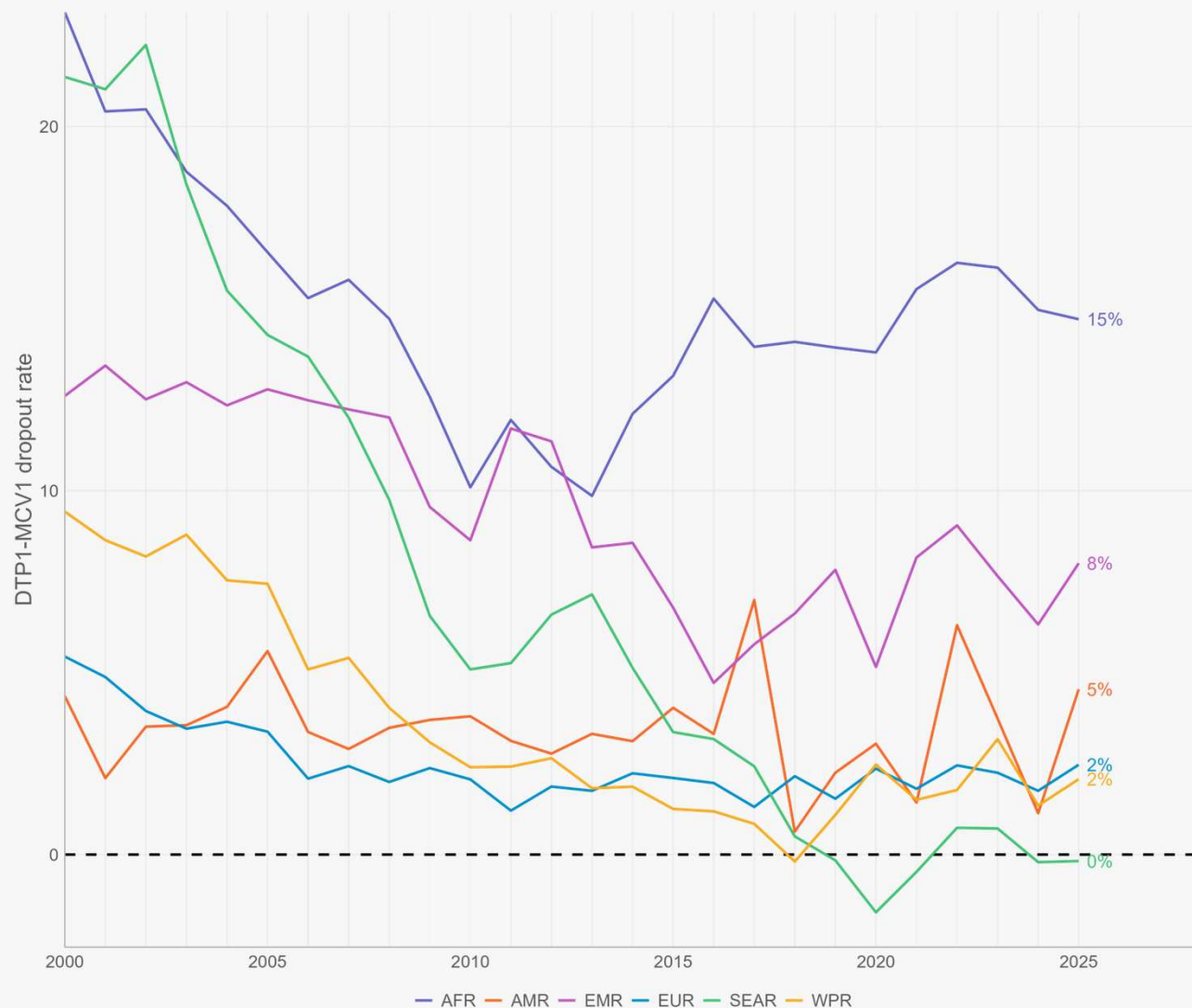
部分地区 DTPI-MCV1 脱漏率过高

卫生系统需覆盖所有儿童（完成 DTPI 接种）并保障其完成全程接种（DTP3 或 MCV1），这一点至关重要。

“零剂次”指标用于衡量卫生服务可及性，而脱漏率（启动接种但未完成全程的儿童占比）是衡量全程接种完成情况的最优指标。

各地区 DTPI 至 MCV1 脱漏率介于 0% 至 15% 之间。

MCV1 接种常与黄热病、脑膜炎及疟疾疫苗同次进行，故此类脱漏问题尤为重要。



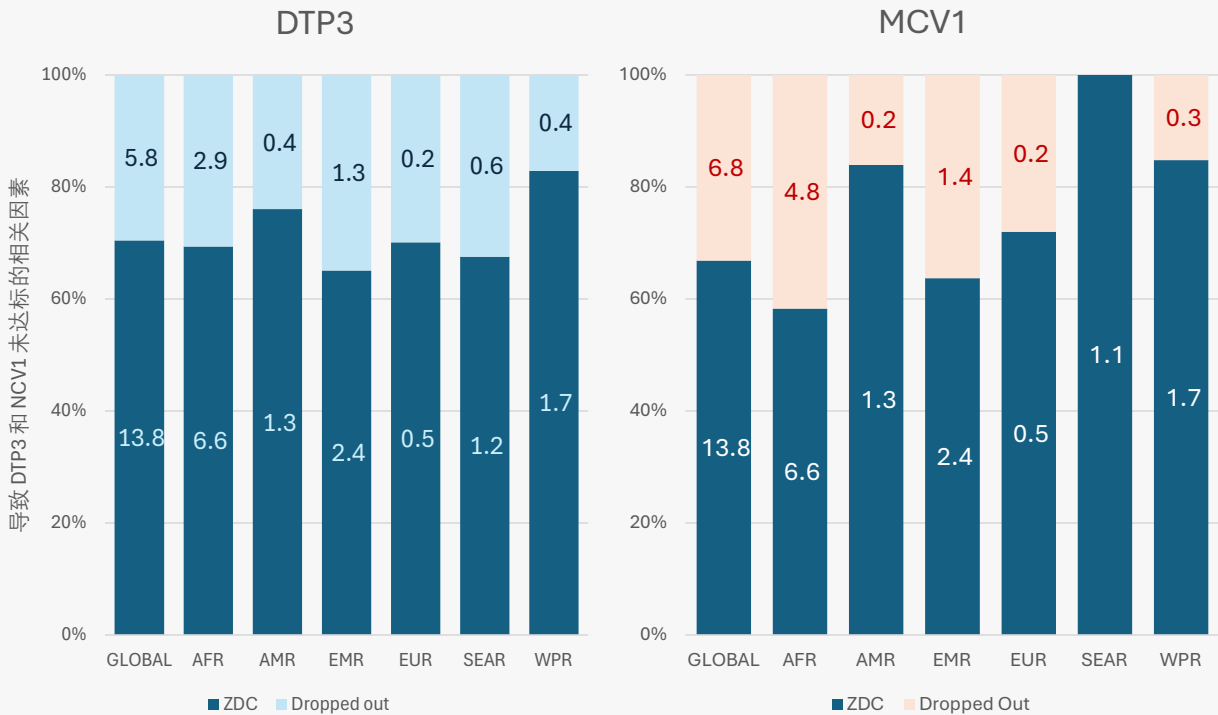
在未完成全程接种的儿童中，部分为零剂次儿童，其余为已被系统登记的脱漏儿童，这为后续保护儿童健康提供了多次机会。

未完成 DTP3 接种的儿童中 70%、未接种 MCV1 的儿童中 67% 属于从未接种任何剂次（零剂次）的儿童。

其余未完成全程接种者接种了至少一剂 DTP，但在完成 DTP3 (30%) 或 MCV1 (33%) 前脱漏。也就是说，虽然免疫接种计划已将这些人 群的信息登记在册，但他们并未接种核心的救命疫苗。

在非洲区域和东地中海区域，脱漏因素对未接种 MCV1 的贡献占比尤为突出，分别达 42% 和 36%。

未达成全程接种的相关因素贡献占比



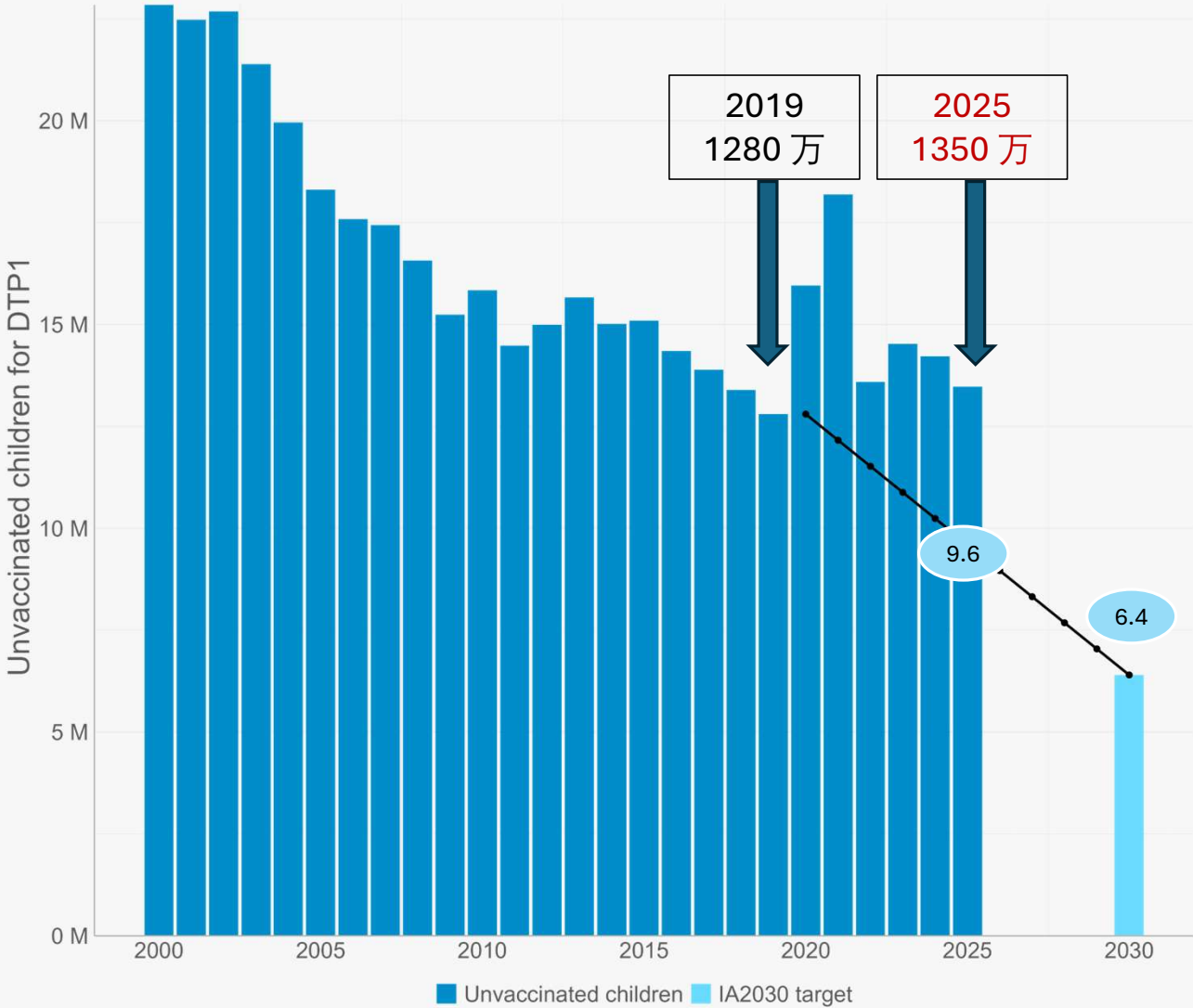
全球已严重偏离各国共同商定的
《2030 免疫议程》零剂次儿童削减目标

IA2030 战略旨在将零剂次儿童数量从 2019 年基线 1280 万减半至 2030 年 640 万。

至 2025 年作为该十年周期的中点，全球零剂次儿童达 1350 万，较 2019 年多出 70 万。

此数值较 IA2030 的 2025 年阶段性目标 960 万高出 390 万。

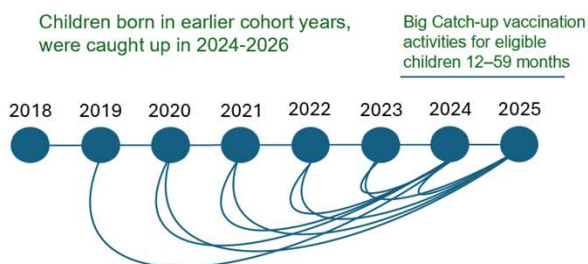
2025 年的零剂次儿童实际数量，较 2024 年的全球水平进一步偏离年度目标。



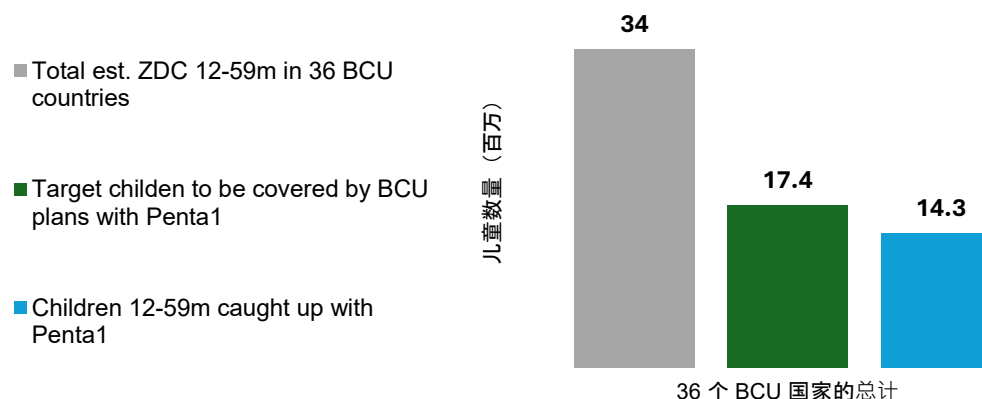
36 个优先国家的大规模补种行动成果

2024-2026 年，早年出生队列的儿童完成了补种。36 个“疫苗普及加速行动”（BCU）国家报告的补种剂次数据如下：

- DTPI: 1430 万（图示）
- DTP3: 1410 万
- MCV1: 1720 万
- MCV2: 1060 万
- IPV1: 2530 万
- OPV: 2890 万



覆盖往年遗漏的零剂次儿童 12-59 月龄儿童接种的五联疫苗第 1 剂次补种剂次



注：估算缺失总剂次（灰色柱）依据 WUENIC 2024 与联合国人口估算中 2021-2024 年出生儿童计算；覆盖全国数据，其中 6 个国家仅实施次国家级补种计划（吉尔吉斯斯坦、马里、莫桑比克、尼日利亚、苏丹、塔吉克斯坦）。目标儿童（中间柱）源自 BCU 行动计划，其目标接种率依据 WUENIC 2022 的数据设定，覆盖 2019-2022 年出生的儿童。

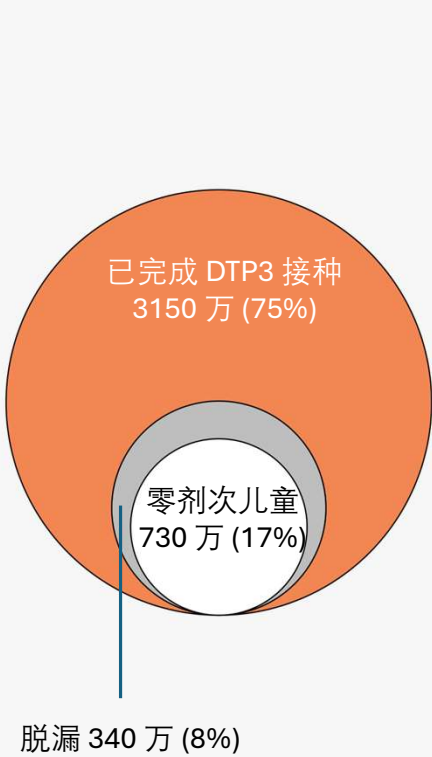
注：本部分为各国上报的未经验证的行政统计数据，受记录上报流程差异、已接种儿童重复接种统计等数据源局限影响，数值可能存在高估或低估。数据接收截至 2026 年 6 月 15 日。

脆弱、冲突与高风险 (FCV) 国家承载全球 **33%** 出生队列，却集中了全球 **54%** 的零剂次儿童

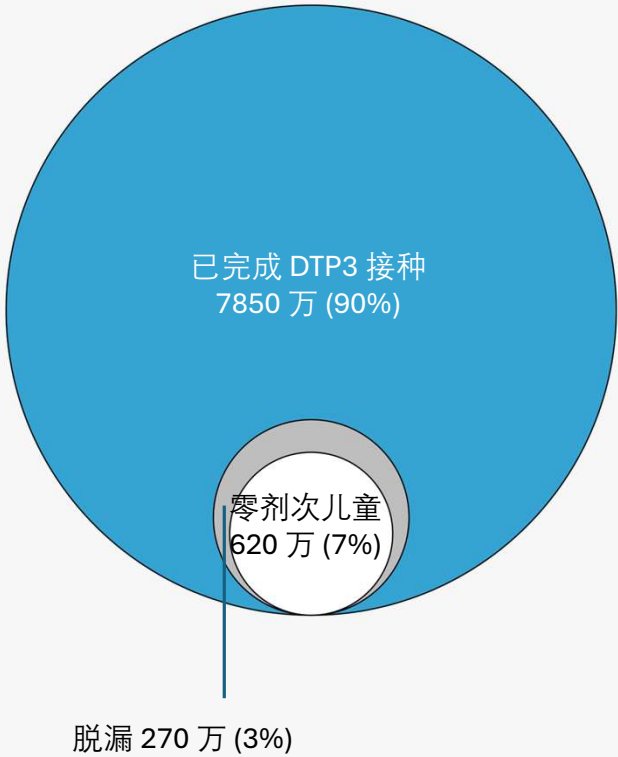
受冲突影响的高风险国家面临显著挑战，严重制约其实现全民免疫接种可及性的能力。此类国家中 17% 儿童完全未接种疫苗，另 8% 在 3 剂次完成前脱漏，致 DTP3 接种率仅 75%。

其余国家的平均表现更优，零剂次儿童占比仅 7%，接种脱漏率为 3%。此类国家 DTP3 平均接种率为 90%。

33 个 FCV 国家中有 4200 万名儿童（占队列 33%）



162 个非 FCV 国家中有 8700 万名儿童（占队列 67%）



自 2019 年来脆弱、冲突与高风险 (FCV) 国家及地区的免疫服务状况恶化速度更快

FCV 环境是零剂次儿童削减目标未达成、当前零剂次儿童数仍高于 2019 年基线的重要原因。其中包括苏丹冲突爆发，以及也门、委内瑞拉局势持续恶化。

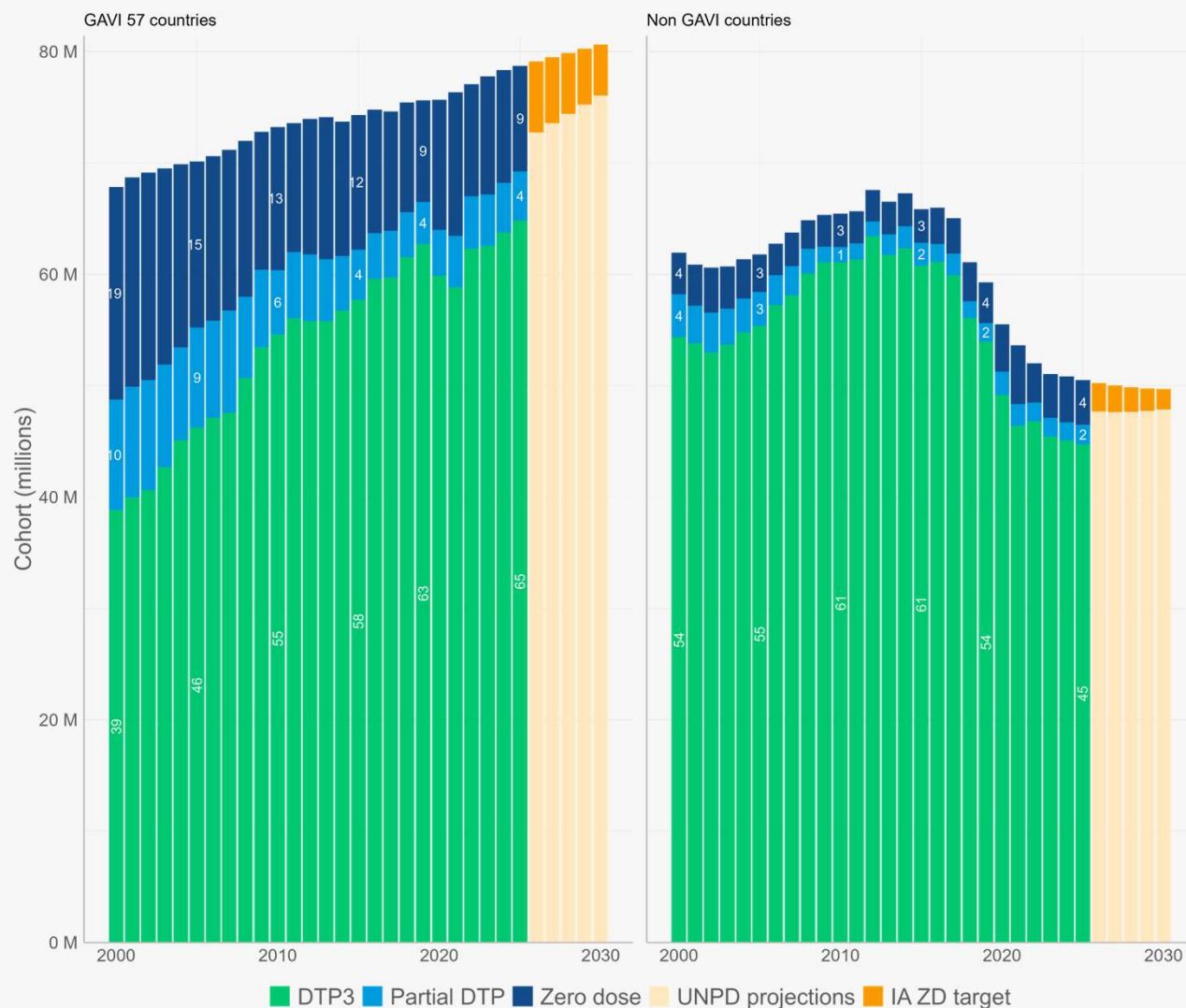
然而，南非等较多稳定国家表现亦差于 2019 年。玻利维亚和加蓬目前的表现也比 2019 年更差。



Gavi 国家接种儿童数创历史新高（但因出生队列增长，零剂次儿童数量仍高于 **2019** 年）

Gavi 国家中 6900 万名儿童接种至少一剂、6500 万名接种三剂含 DTP 疫苗，高于 2019 年（DTP1 6700 万，DTP3 6300 万）。

但因 Gavi 国家出生队列增长，2025 年零剂次儿童仍略多于 2019 年（950 万对比 910 万）。



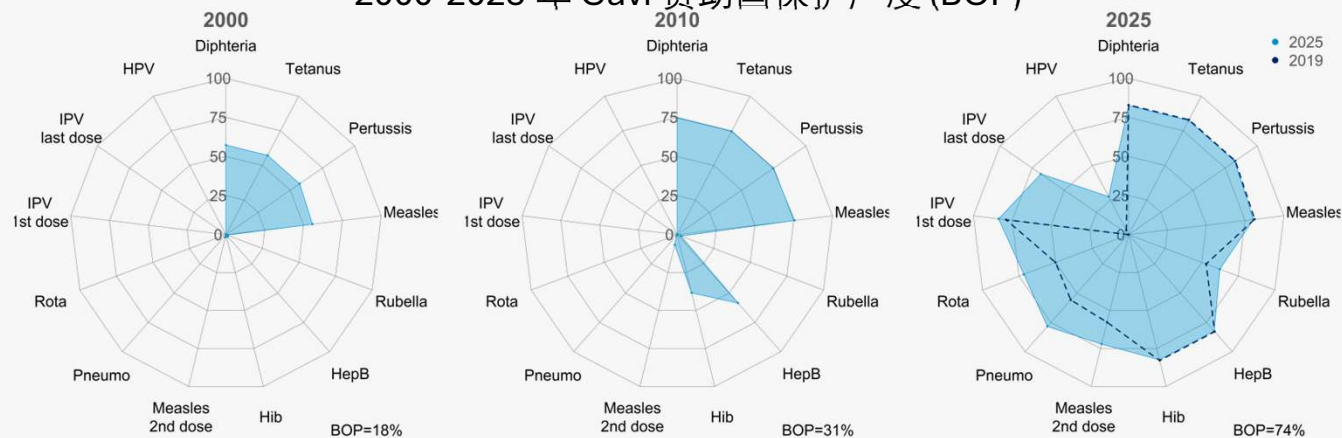
Gavi 国家保护广度已基本与非 Gavi 国家持平

Gavi 国家保护广度 (BOP) 大幅提升, 当前与非 Gavi 国家持平, 核心驱动因素是新型疫苗的逐步引入。

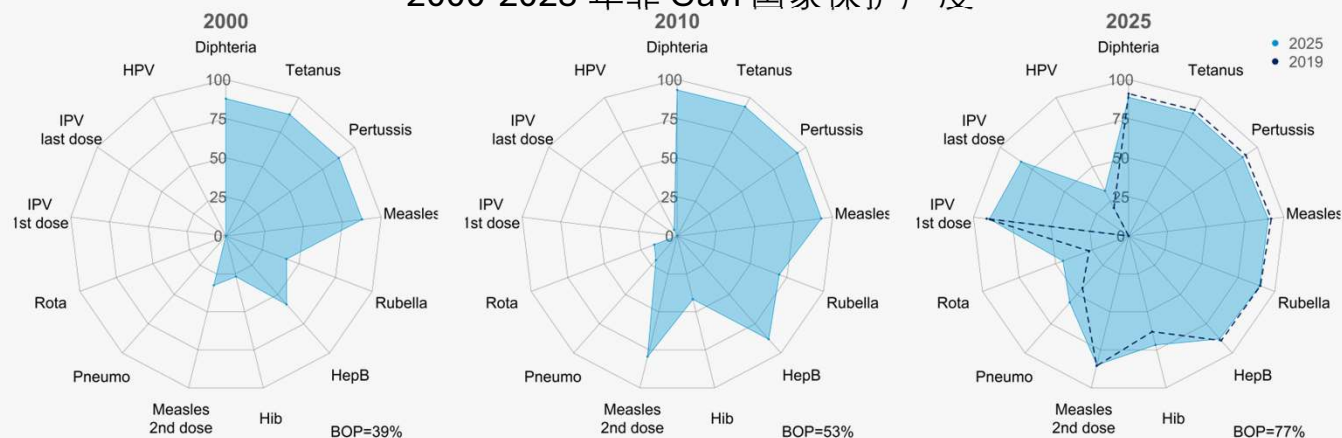
尽管新疫苗引入后 BOP 大增, 但 Gavi 与非 Gavi 国家所有抗原接种率平均相对停滞。

需要在地方层面改进规划, 重点关注公平获取, 以进一步缩小剩余差距。

2000-2025 年 Gavi 资助国保护广度 (BOP)



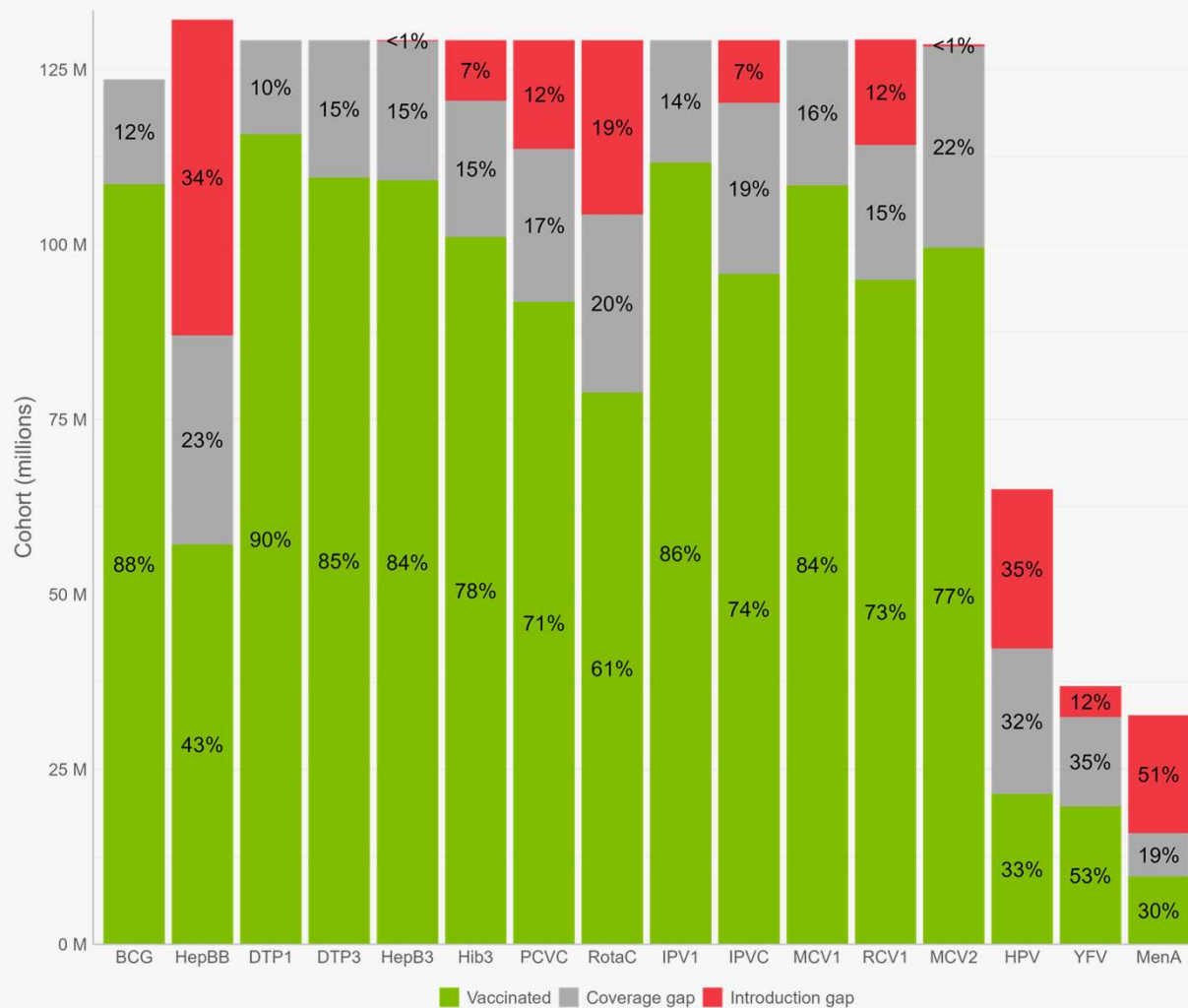
2000-2025 年非 Gavi 国家保护广度



新疫苗在推广方面仍存在一些不足

本图显示 WUENIC 可估算的各疫苗引入缺口与接种率缺口情况。

- 引入缺口指居住于尚未引入该国疫苗的儿童百分比，即无法获得该疫苗接种服务
- 接种率缺口指居住于已引入疫苗国家中未接种儿童的百分比



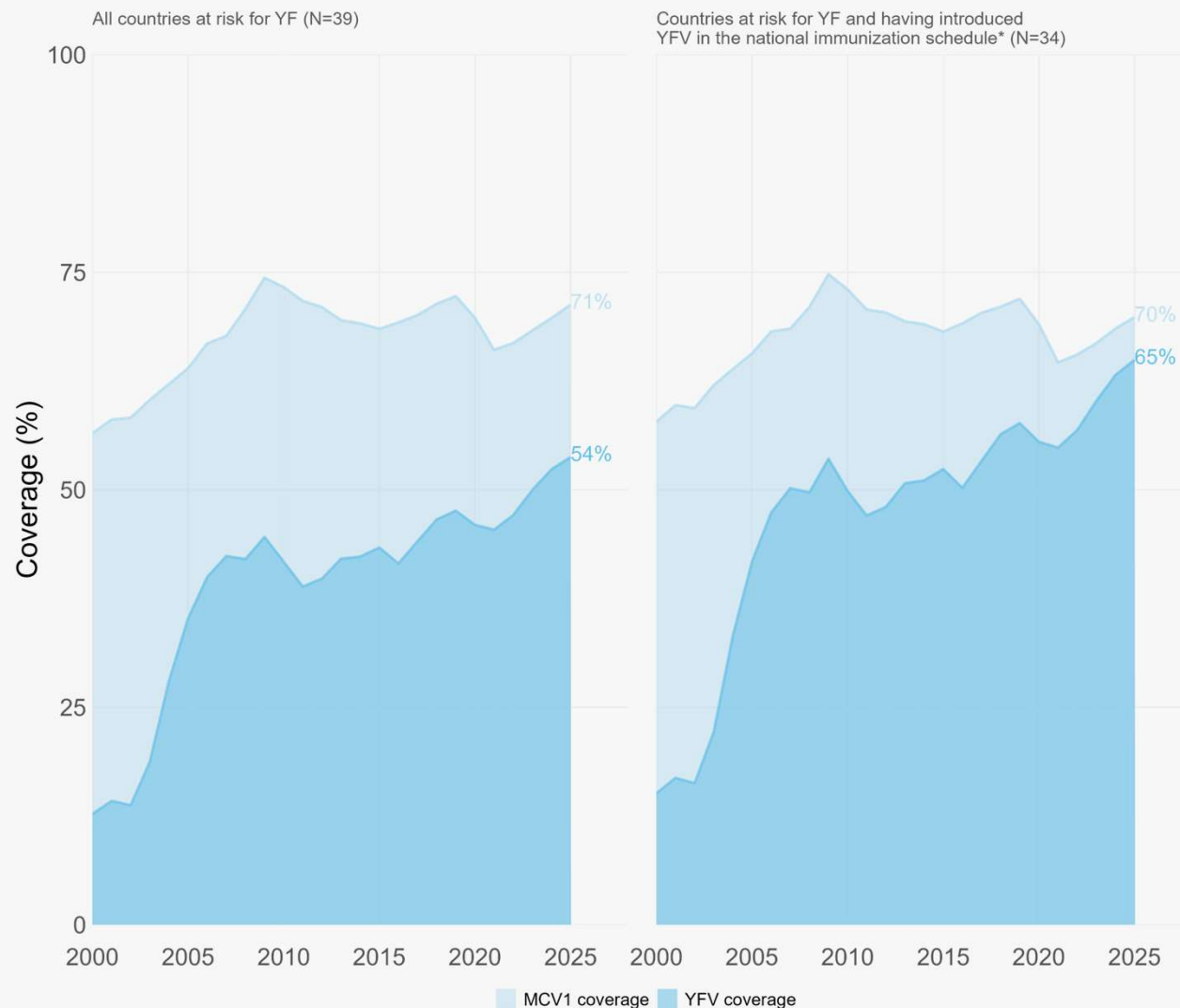
大多数疫苗的接种统计队列为存活婴儿，但以下除外：BCG（推荐该疫苗国家的出生人数）、HepBB（出生人数）、HPV（15岁女童）、YFV（风险国存活婴儿）、MenA（脑膜炎地带国家存活婴儿）以及 MCV2（各国推荐接种 MCV2 的最低年龄儿童）。HepBB 的引入缺口可能包含已引入乙型肝炎出生剂量、但无法区分 24 小时内接种与 24 小时后接种剂次的国家。

黄热病疫苗 (YFV) 接种率在风险国家仍过低，不足以预防疫情暴发

在 39 个该病风险国中，**黄热病疫苗平均接种率**仅为 54%，过低而无法预防暴发，导致多国必须开展接种运动。这一低值部分是因为有 5 个国家尚未将 YFV 纳入常规免疫规划。

即便黄热病疫苗与麻疹疫苗均在相同年龄（9 月龄）接种，在黄热病风险国中，两者接种率仍存在显著差异——见左图

这一缺口部分源于部分国家尚未引入 YFV、次国家风险国仅局部引入 YFV，部分源于黄热病疫苗接种表现不及麻疹疫苗（已在全国层面引入两类疫苗的国家中，二者接种率差距为 5%）——见右图。



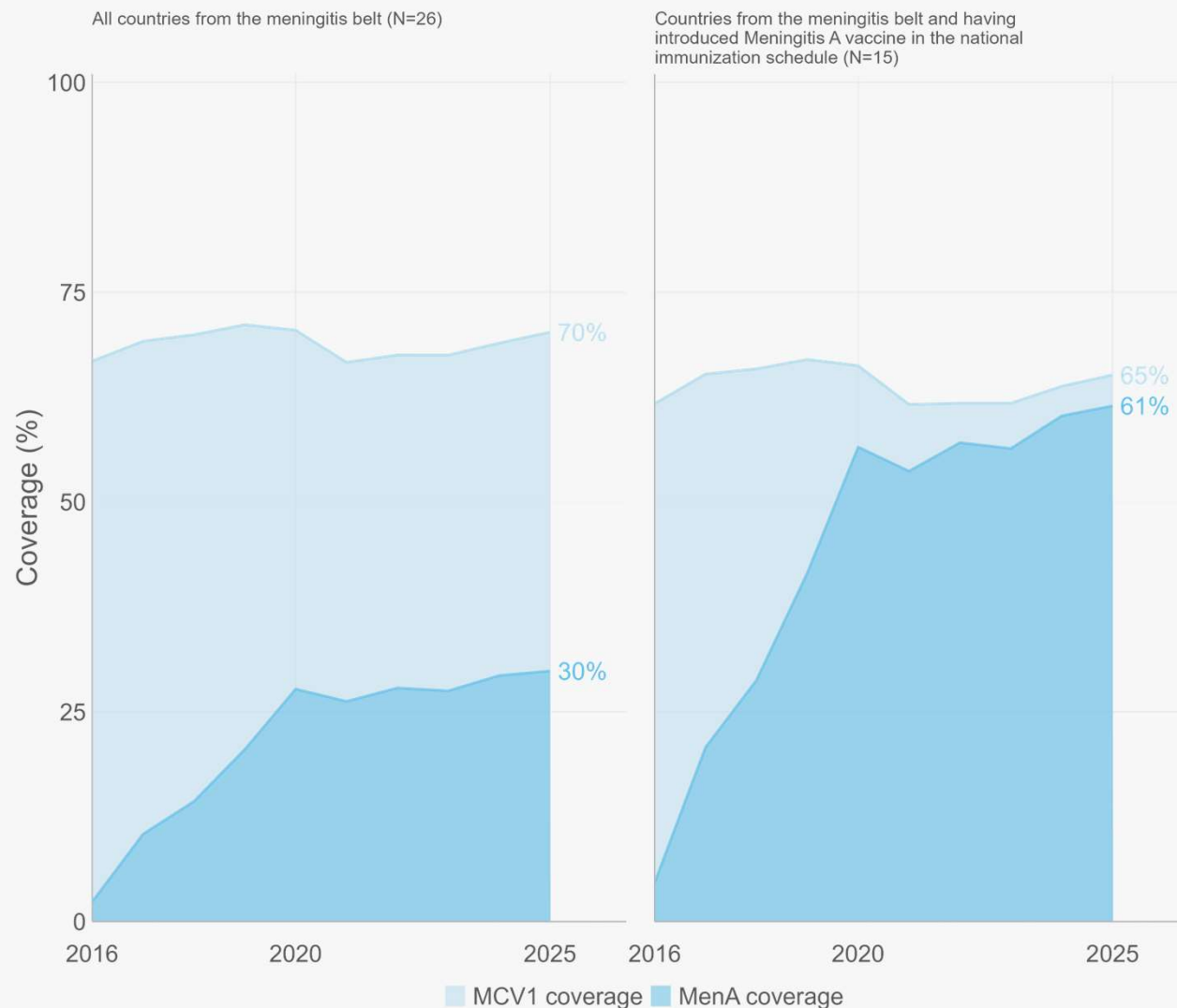
*不包括存在次国家风险的国家（阿根廷、肯尼亚和巴拿马）

脑膜炎地带国家的 A 型脑膜炎疫苗与 MCV1 接种率

在非洲脑膜炎地带的 26 个国家中，有 15 个国家已将 A 型脑膜炎疫苗纳入常规免疫接种。

脑膜炎地带所有国家平均 A 型脑膜炎疫苗接种率为 30%，其中已引入的 15 国达到 61%。这一数值不足以维持已经实现的疾病消除成果。

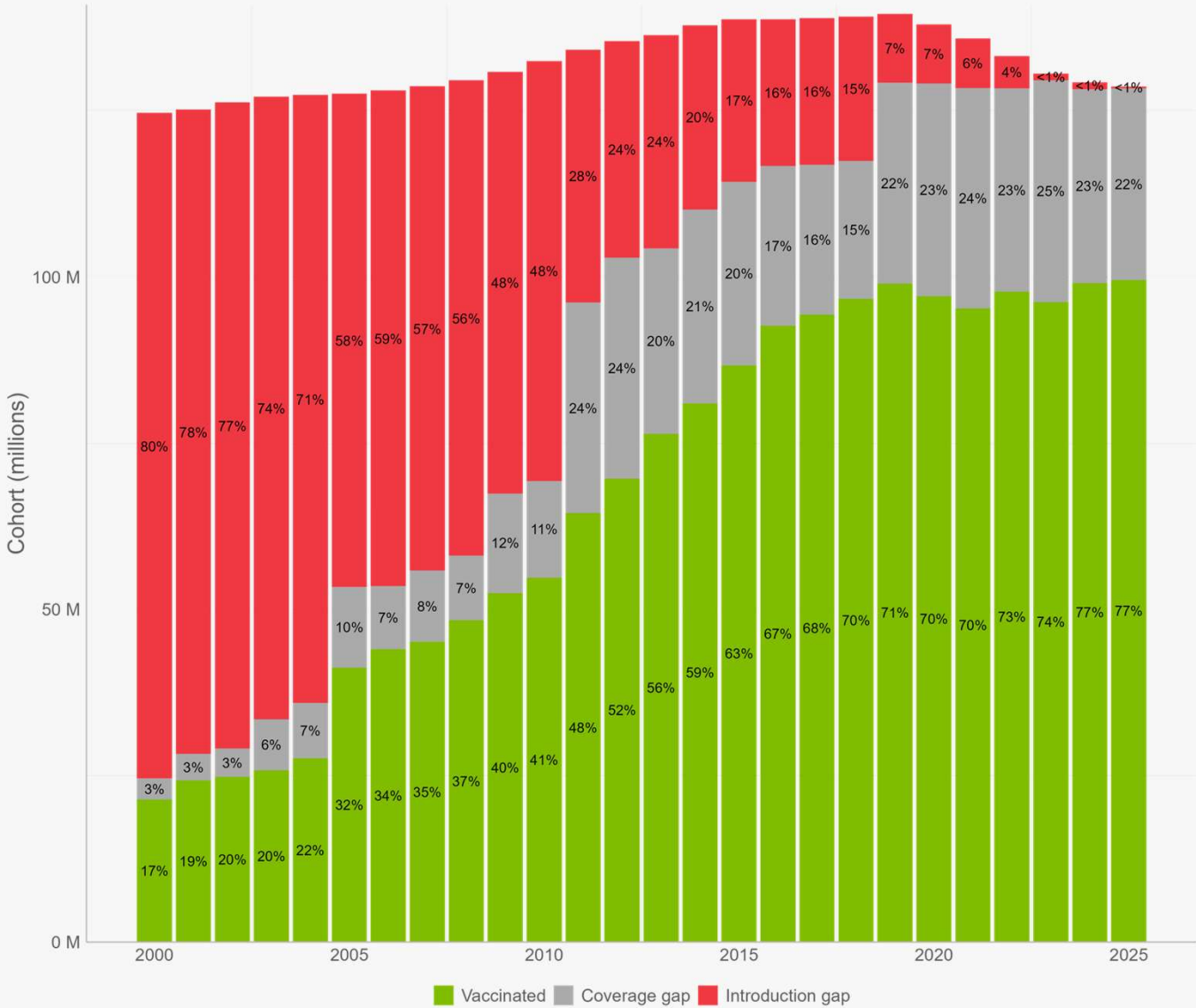
在同时使用这两种疫苗的国家中，MCV1 与 MenA（在同一年龄段接种）接种率的缺口很小（4%）。



第 2 剂麻疹疫苗的接种缺口已基本填补

2000 年，全球仅有 20% 的儿童居住在常规提供第 2 剂麻疹疫苗的国家。2025 年，仅有两个国家（中非共和国和加蓬）尚未引入该剂次，占全球队列不足 1%。

尽管如此，由于规划往往更难覆盖年龄较大儿童，仍存在 22% 的接种率缺口。



2025 年全球 HPV 疫苗可及性*已显著提升至 65%

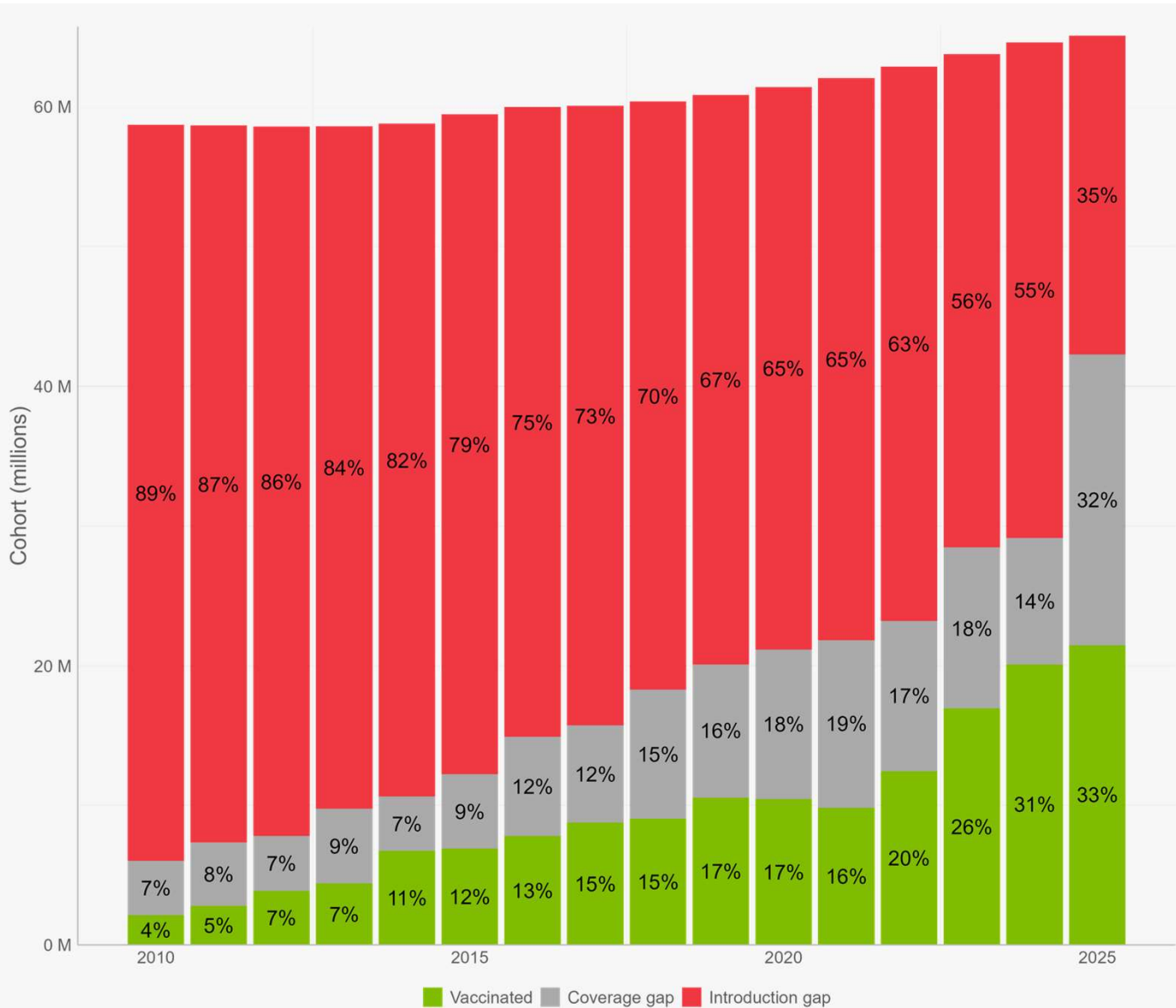
2025 年全球 HPV 疫苗可及性*已显著提升至 65%。这一跃升尤其得益于中国及其他 14 个国家的引入。

2025 年，2250 万（占全部适龄女童的 33%）完成至少 1 剂 HPV 疫苗接种，2080 万（占全部适龄女童的 32%）被本国 HPV 疫苗接种计划遗漏，剩余 2280 万（占全部适龄女童的 35%）居住在尚未将疫苗纳入免疫计划的国家。

面对 2025 年 15 个国家新引入 HPV 疫苗，接种女童数仅小幅增加，这是由于部分现有规划接种率倒退，且包括中国在内的部分 2025 年新引入国家暂未上报接种率数据



*可及性定义为该国规划已纳入 HPV 疫苗



HPV 疫苗可及性存在地域差异

非洲区域和西太平洋区域已取得显著引入进展。与此同时，非洲区域、美洲区域和欧洲区域通过 HPV 疫苗接种从未被覆盖的女童数量显著减少。

东南亚区域和东地中海区域在引入疫苗及缩小接种率缺口方面仍有提升空间。

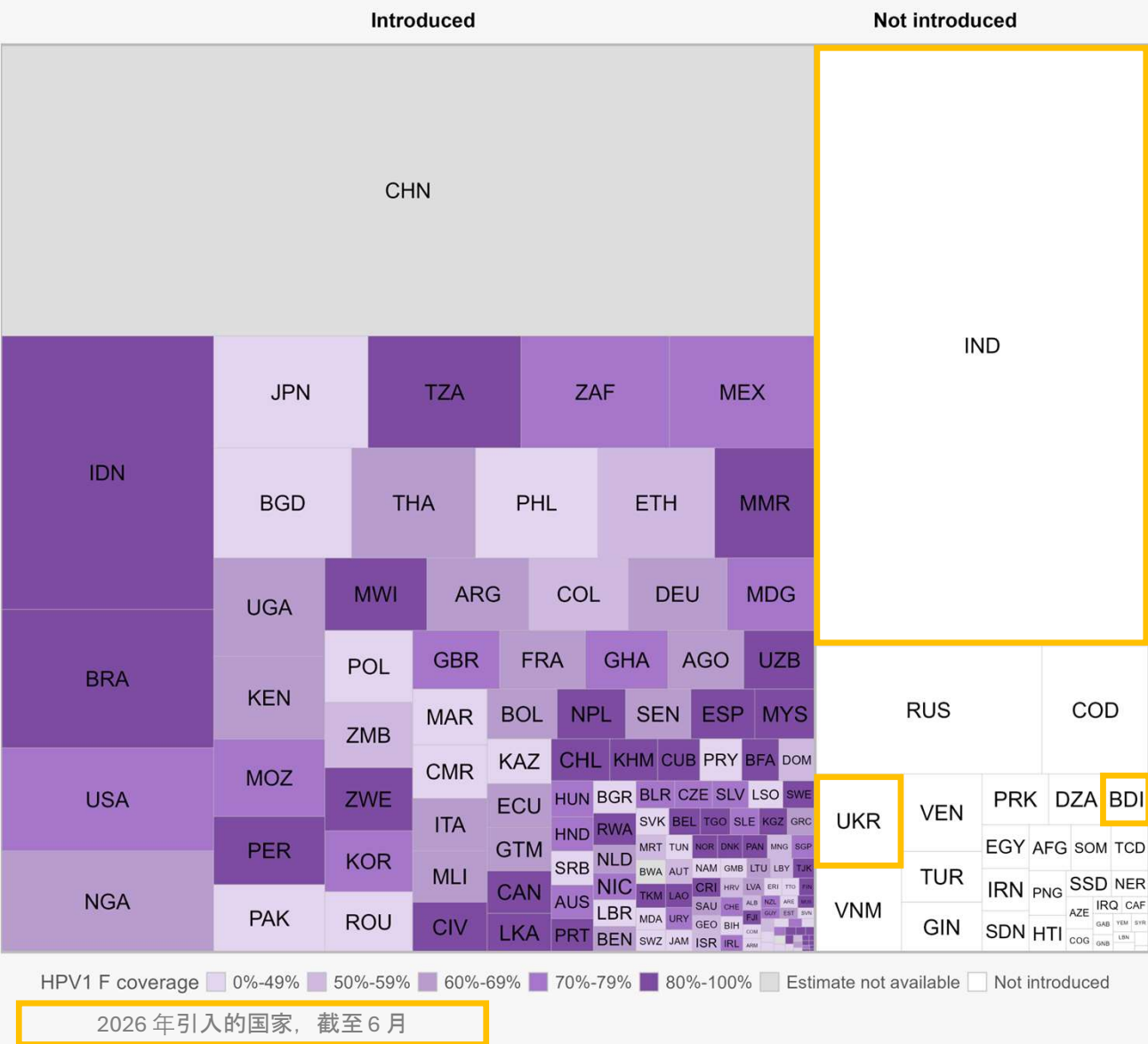
* 中国的引入大幅提高了 2025 年西太平洋区域的 HPV 疫苗可及性。当中国开始报告 HPV 接种率数据时，预计西太平洋区域接种女童数量将大幅增加。



当前已引入 HPV 疫苗的国家，覆盖了全球 70% 的宫颈癌疾病负担

截至 2025 年底，随着 15 次新疫苗引入，已引入 HPV 疫苗的国家覆盖了全球近 70% 的宫颈癌疾病负担。这包括拥有全球最重宫颈癌负担之一的中国。

2026 年已完成及计划中的疫苗引入工作，将推动该比例提升至约 90%，届时全球 90% 的宫颈癌疾病负担将集中在已将 HPV 疫苗纳入免疫计划的国家

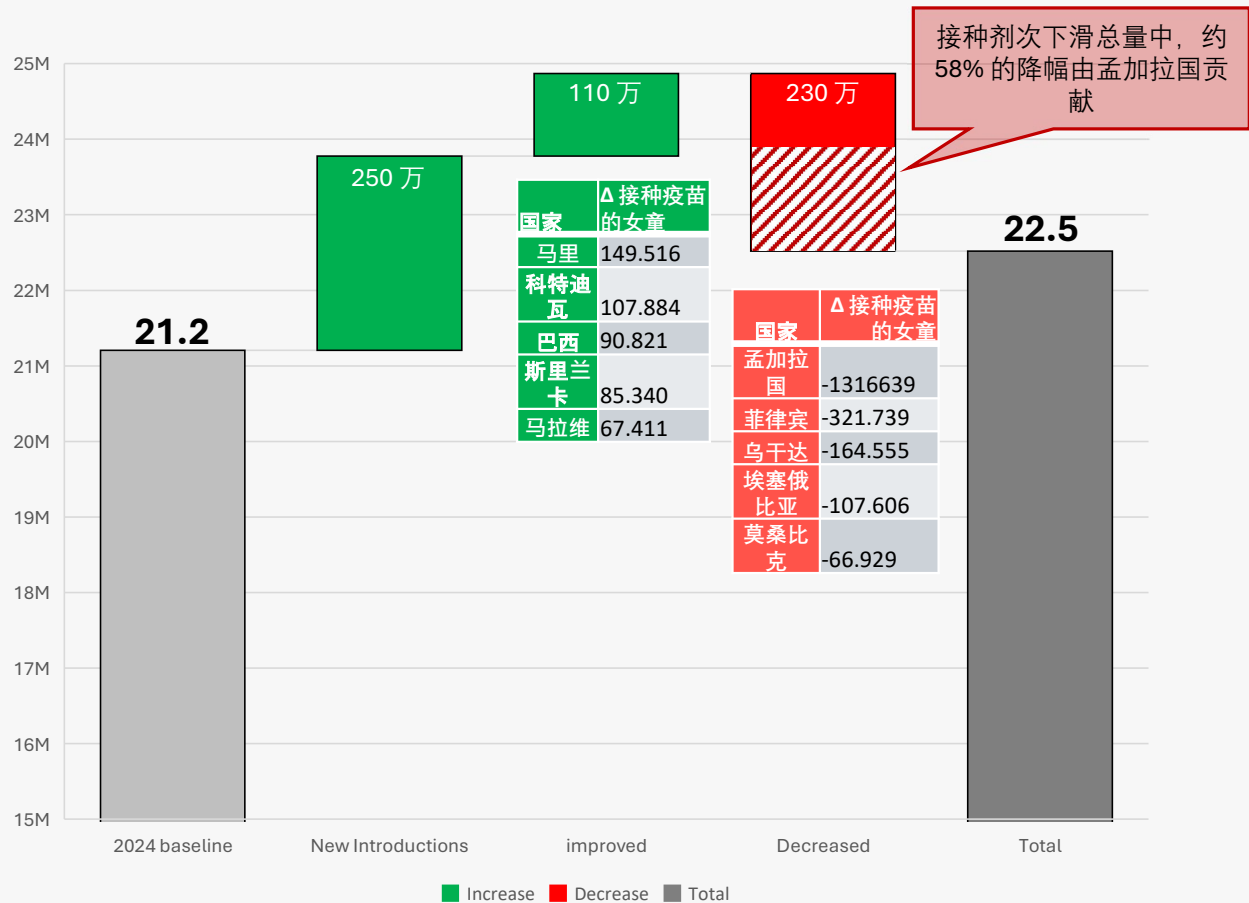


尽管有 15 个国家已引入，常规队列中接种 HPV 疫苗的女童总数仍仅小幅上升。

接种剂次增加的主要推动力是 15 个新引入 HPV 疫苗的国家，相较去年，常规接种队列的新增接种剂次达 250 万。

部分国家的 HPV 疫苗接种规划焕新升级，尤其是开展补种行动的国家，进一步提升了 HPV 疫苗覆盖的女童总数；但也有部分国家的接种率下滑速度快于 2024 年，图中展示了下滑规模最大的 5 个国家。

全球接种规模仅实现小幅增长的核心原因是，孟加拉国等部分人口大国 2025 年的 HPV 疫苗接种女童数较 2024 年出现下滑（孟加拉国减少 130 万），几乎抵消了新引入疫苗带来的增量。

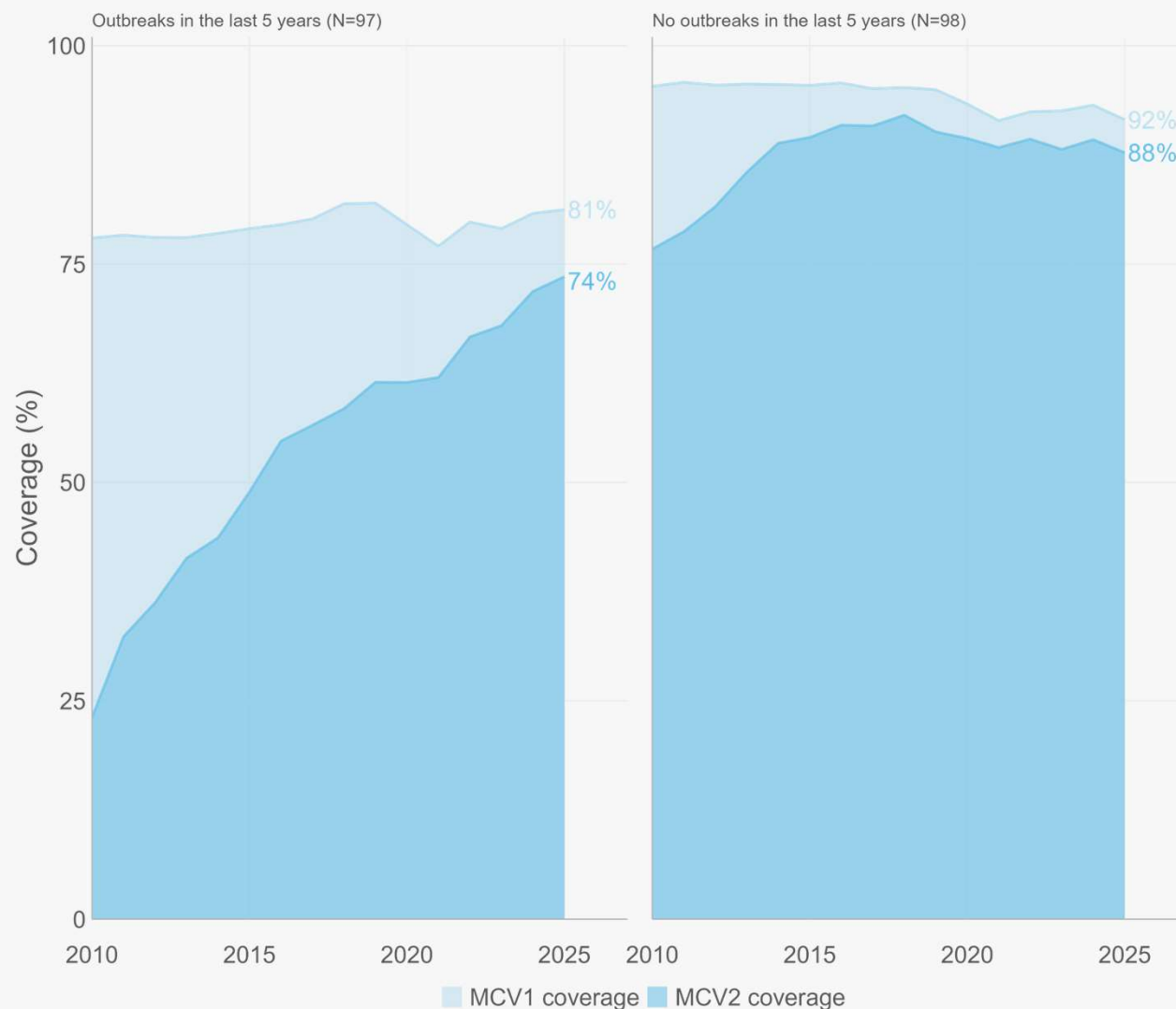


*新引入国家：安哥拉、贝宁、白俄罗斯、中国（尚无数据）、科摩罗、古巴、吉布提、加纳、马达加斯加、纳米比亚、尼泊尔、阿曼、巴基斯坦、塔吉克斯坦、突尼斯
** 数据基于 HPV1 接种率
*** 所列接种率上升及下降国家仅为按女童数量计的变化规模最大的 5 个国家

发生大规模或破坏性麻疹疫情的国家，其接种率远低于疾病控制所需水平

过去 5 年中，97 个国家经历了大规模或破坏性麻疹疫情。这些国家覆盖全球 74% 的存活婴儿，其常规免疫接种率远低于未出现疫情的国家组。

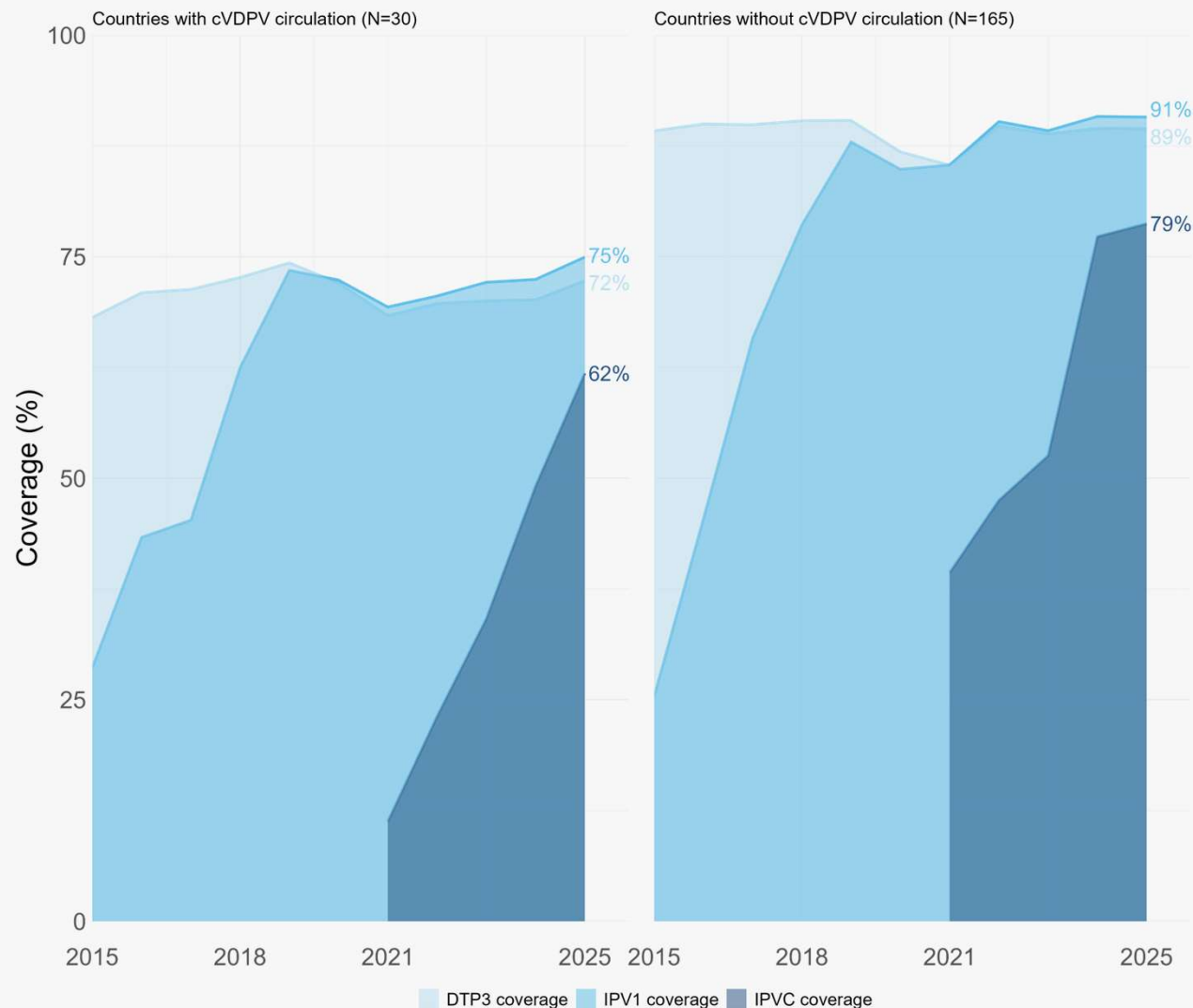
该结果表明，维持高水平的常规免疫接种率仍是阻断疫情暴发的最优路径。



在循环型疫苗衍生脊髓灰质炎病毒 (cVDPV) 活跃传播的国家，其灭活脊灰疫苗 (IPV) 接种率仍过低

计划接种口服脊髓灰质炎疫苗 (OPV) 的国家也已引入至少一剂，且越来越普遍地引入两剂次脊髓灰质炎灭活疫苗 (IPV)。

2025 年脊髓灰质炎病毒循环活跃（在病例或环境样本中检出）的国家，其平均接种率远低于其他国家。



新兴国家免疫表现典型模式

各国免疫工作的发展轨迹并不统一。全球免疫恢复需要根据四类典型模式制定高度适配、贴合本土场景的专属策略：



低收入高增长型

主要为非洲区域和东地中海区域的低收入国家，正处于人口快速扩张阶段。薄弱的卫生系统叠加深度贫困与区域内部的不公平问题，进一步制约免疫工作推进。



脆弱、冲突与高风险型

这类国家面临多重挑战、存在极高的初始免疫服务可及性障碍（零剂次儿童占比达 17%），且免疫服务连续性不足，接种脱漏率居高不下。



接种率滑坡辖区型

历史表现优异的高收入及中高收入国家，当前正出现接种率下滑。核心驱动因素是政治承诺弱化，以及民众疫苗犹豫情绪持续加剧。



全生命周期韧性型

这类国家将全生命周期免疫服务列为优先事项，始终维持体系韧性。共有 90 个国家维持 95% 以上的接种率，21 个国家正稳步推进，有望达成《2030 免疫议程》目标。

2025 年 WUENIC 数据核心总结结论

以上结论将为后续应对与行动提供核心依据

- 常规免疫接种的全球复苏进度仍然过慢，全球离 2030 年零剂次儿童削减目标相距甚远。
- 零剂次儿童日益集中在脆弱、冲突与高风险环境中。
- 接种脱漏是导致免疫接种不足的重要因素，其影响正持续扩大，直接反映免疫计划的运行效能。
- 各国的免疫发展模式并不统一，需要制定贴合本土实际的专属应对方案。
- 新型疫苗的可及性正持续提升，但接种率增长并不均衡，疫苗引入后的免疫计划运行表现至关重要。
 - 例如 HPV 疫苗的推广持续取得进展，但接种率未达理想水平，仍有大量女童未被覆盖。
- 常规免疫接种是防控高成本、破坏性疫情的核心机制。

在哪里可以找到有关免疫接种率估计值及相关数据的数据和背景信息

WUENIC和各国报告的年度免疫数据可在[世卫组织](#)和[联合国儿童基金会](#)免疫数据门户网站上查阅

- www.who.int/data/immunization
- <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>

世卫组织和联合国儿童基金会的接种率估计[方法](#)和[国家概况](#)：

- <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage>
- <https://worldhealthorg.shinyapps.io/wuenic-trends/>
- [https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-\(HPV\)/hpv-clearing-house/hpv-dashboard](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV)/hpv-clearing-house/hpv-dashboard)

有关[《2030年免疫议程》](#)的更多信息，请访问

- www.immunizationagenda2030.org/

有关[“大规模补种”](#)的更多信息，请访问

- www.who.int/publications/i/item/9789240075511

世卫组织疫苗信息、统计和趋势分析 (VISTA) 应用程序

- https://worldhealthorg.shinyapps.io/IVB_standard_outputs/

其他数据集

[世卫组织 MI4A 公众疫苗采购数据集](#)

- <https://www.who.int/publications/m/item/2025-mi4a-public-vaccine-purchase-dataset>

[世卫组织免疫接种支出数据集](#)

- https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/immunization-expenditure?ISO_3_CODE=&YEAR=