

# Többlethalálózási adatok európai összevetésben

Ferenci Tamás (e-mail: [tamas.ferenci@medstat.hu](mailto:tamas.ferenci@medstat.hu), honlap: <http://www.medstat.hu/>)

## Contents

A többlethalálózási mutatóról általában . . . . .	1
A halálózási statisztikák használatának általános motivációja . . . . .	1
A halálói statisztikák problémái . . . . .	4
A magyar halálói statisztikák adatszolgáltatási folyamata . . . . .	4
A többlethalálózási mutató definíciója és logikája . . . . .	5
A többlethalálózási mutató előnyei és hátrányai . . . . .	7
A halálózás mint mutató használatának általános problémái . . . . .	8
Eredmények: A hazai többlethalálózási adatok, és európai viszonyításuk . . . . .	9
Záró gondolatok . . . . .	15
Módszertani kérdések . . . . .	16
A várt halálózások előrejelzése . . . . .	16
Acosta és Irizarry módszerének technikai részletei . . . . .	18
Relatív és abszolút eredmények . . . . .	19
A számítások részletei, kiegészítő elemzések . . . . .	20
Adatok előkészítése . . . . .	20
A többlethalálózás becslése . . . . .	21
Az eredmények ábrázolása, a kétféle relatív mutató viszonya . . . . .	22
Összevetés a jelentett halálózással . . . . .	24
Összevetés a jelentett halálózással – magyar megyei adatok . . . . .	27
Érzékenységvizsgálat . . . . .	27
A direkt hatás elkülönítése: egy kísérlet az influenza-járvány kezelésére . . . . .	30
Továbbfejlesztési ötletek . . . . .	33
Irodalmi hivatkozások . . . . .	33

## A többlethalálózási mutatóról általában

Jelen írásomban megpróbálom a többlethalálózási mutató háttérét és tágabb kontextusát bemutatni a mostani koronavírus-járvány példáján, megvilágítva a kérdés tudományos háttérét, nehézségeit. Úgy vélem, hogy ezek a kérdések nem lehetnek a tudósok meg politikusok belügyei, a számok áradatában való tájékozódáshoz mindenkinek meg kell adni a lehetőséget, hogy megismerje a járványügyi, módszertani háttérét, mert csak így lehet értékelni, kritikusan értékelni és értelmezni az elhangzó adatokat.

### A halálózási statisztikák használatának általános motivációja

Egy járvány helyzetének legdirektebb mutatója az új fertőzöttek napi száma. Ez méri közvetlenül a fertőzöttségi helyzetet, és az összes mérőszám közül a legkisebb késleltetésű, 24 órán belül ismertté válik. Egy megjegyzés azért tartozik ehhez: valójában még ennek is van egy-két hét késleltetése a *tényleges* fertőződési viszonyok változásához képest. Ha ugyanis valaki megfertőződik, akkor először el kell telnie a lappangási időnek a tünetek jelentkezéséhez, ez tipikusan néhány naptól két hétig terjed jelen esetben; legyen egy hét a kerekesség kedvéért. De itt még nincs vége: a tünetek jelentkezése után sokan még várnak, mire orvost hívnak, utána az orvosnak meg kell rendelnie a tesztelést, meg kell történnie a minta levételének, utána ismét várni kell, mire megszületik az eredmény; ezek időtartama függ attól, hogy az egészségügyi rendszer kapacitása és terheltsége

milyen, egy-két nap legjobb esetben is, rosszabb esetben sajnos akár egy hét is lehet, ha nem több, láttunk erre példát Magyarországon. Ennél sokkal közelebb nem tudunk jutni, hiszen nem lehet minden lakost minden nap letesztelni (és igazából a teszt sem válik azonnal pozitívvá), a legjobb amit lehet tenni, ha a fertőzés igazolásakor nem csak ennek dátumát írjuk fel, hanem megkérdezzük a beteget a tünetek jelentkezésének dátumáról is, így legalább a késleltetés második forrása levágható, ha csak utólag is; sajnos Magyarországon ezt az információt nem gyűjti a népegészségügy. Ez az egy-két hét késleltetés is fontos, hiszen azt jelenti, hogy amit most látunk a fertőzött-számban, az igazából az egy-két héttel *ezelőtti* fertőzési viszonyokat tükrözi. Ami fordítva elmondva azt is jelenti, hogy bármilyen intézkedés, ami ezt megváltoztatja, csak egy-két hét múlva fog érvényre jutni! Hiába is vezetünk be például egy korlátozást, ami az új fertőzések számát azonnal lecsökkenti, a *regisztrált* fertőzöttek száma még egy-két hétig nőni fog. (De ez végülis teljesen logikus: aki már elkapta a kórt, csak még nem jelentkeztek a tünetei, azon nem fog segíteni az, hogy milyen intézkedést hoztunk, csak még idő kell mire ő is megjelenik a kimutatásban.)

A fertőzött-számnak minden előnye mellett van egy hatalmas problémája: függ a tesztelési aktivitástól. Ez kevésbé gond egy olyan betegségnél mint mondjuk a kanyaró, ahol szinte minden betegnek tünetei vannak, és ezek a tünetek szinte minden esetben elég látványosak és egyértelműek, de nagyon nagy baj a jelen helyzetben, ahol a fertőzöttek egy jelentős részének csak nagyon enyhe, aspecifikus, más betegséggel is könnyen összetéveszthető tünetei vannak, vagy egyáltalán nincsenek tünetei. Az előbbieket elsősorban, az utóbbiakat kizárólag teszteléssel lehet megtalálni, de innen kezdve az, hogy hány illet találunk meg, függeni fog attól, hogy milyen intenzíven tesztelünk: ahol/amikor sokat tesztelnek, ott/akkor több illet is megtalálunk, ahol/amikor kisebb a tesztelési aktivitás, ott/akkor kevesebbet fognak. Ennek egy praktikus következménye, hogy a fertőzött-számok országok közötti összevetése életveszélyes, hiszen tesztelési aktivitásban hatalmas különbségek lehetnek: egyáltalán nem biztos, hogy ahol több fertőzött van, ott rosszabb a helyzet, sőt, simán lehet, hogy pont fordítva, ott rendesebben tesztelnek, és így jobban tudják kezelni a járványt. Sajnos a helyzet ennél is rosszabb: valójában nem csak az országok közötti, de egy ország különböző időpontjai között összevetés is problémás lehet, azaz egyáltalán nem biztos, hogy ha most több fertőzöttet regisztrálunk mint múlt hónapban, akkor most rosszabb a helyzet. Mikor? Természetesen abban az esetben, ha menet közben megváltozik a tesztelési intenzitás! Lehet, hogy több fertőzöttet regisztrálunk, de közben a helyzet nem romlott, csak elkezdtünk rendesebben tesztelni (és ez esetben az kimondottan egy jó hír, hogy több fertőzött lett!), de sajnos elképzelhető a fordított eset is, hogy a regisztrált fertőzöttek száma stagnál, de közben a helyzet romlik (mert beleütköztünk a tesztelési kapacitások felső korlátjába). Lényegében annyi mondható, hogy a fertőzött-szám jó mutató akkor, ha a tesztelési intenzitás időben állandó. Lehet, hogy az abszolút számok ekkor is hibásak, mondjuk csak a fertőzöttek ötödét regisztráljuk, de ha ez az arány állandó, akkor legalább a relatív viszonyok jók lesznek: ha most több van mint egy hónapja, akkor most rosszabb a helyzet.

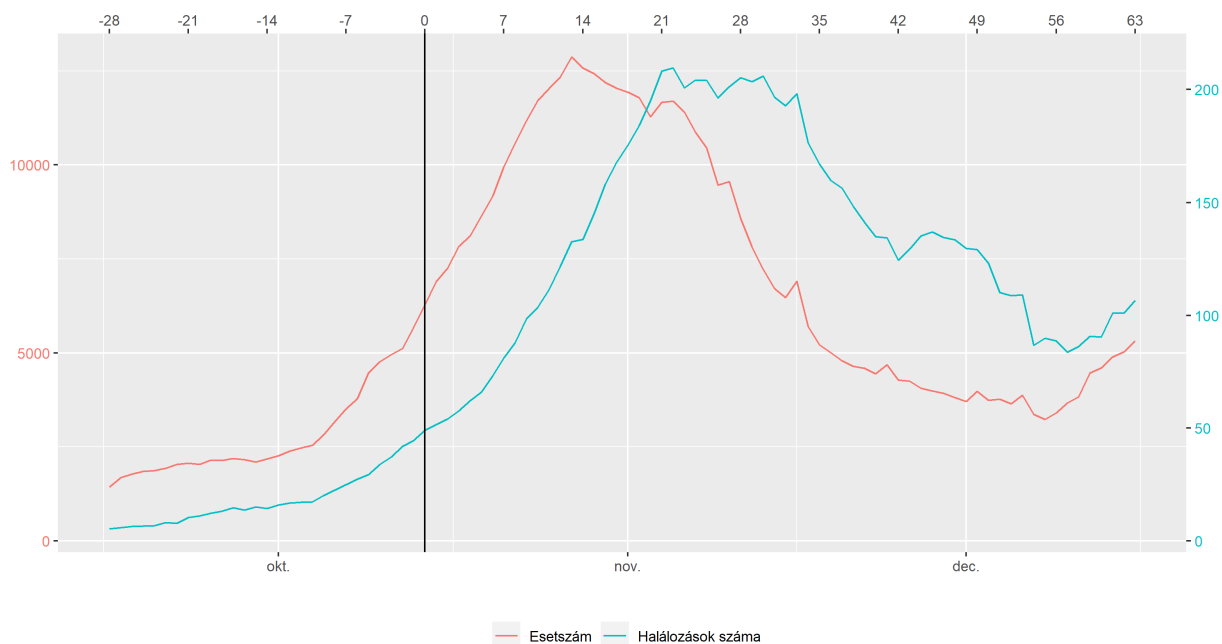
Kitérő megjegyzésként érdemes itt beszúrni, hogy ezért érdekes mutató a tesztpozitivitás, tehát, hogy az elvégzett tesztek mekkora hányada pozitív: azt mutatja, hogy a tesztelési program mennyire tud lépést tartani a járvány terjedésével. Ha kellően alacsony (a nemzetközi ajánlás 5%-os maximumot tűz ki), akkor a tesztelési intenzitás megfelelő, de ha nagyobb, akkor nem elégséges a tesztelés. Fontos tehát hangsúlyozni, hogy a tesztpozitivitás ezt, tehát a tesztelési program elégségességét méri, *nem* a járvány helyzetét. De az elégségesség mérésére tényleg logikus tartalmú mutató, hiszen azt mondja: ha el is szabadul a járvány, ez akkor is behúzható az 5%-os küszöb alá. Hogyan? Ha kellően sokat tesztelünk! (Néhányan olyat is szoktak tenni, hogy ez alapján próbálják „korrigálni” a fertőzöttek számát. Ez nagyon ingoványos talaj, hiszen a valódi kép ennél bonyolultabb: a helyzet függ a tesztelési mintázattól is, tehát, hogy kiket, milyen kockázatú alanyokat tesztelünk. Nagyon nem mindegy, hogy gyanús tüneteket mutató alanyokat tesztelünk, kontaktus-személyeket tesztelünk, egy cég a munkavállalóit a „biztonság kedvéért” teszteli stb.) Természetesen fontos az elvégzett tesztek számán túl azok típusának – PCR, antigén-gyorsteszt – ismerete is, sajnos Magyarország erre vonatkozóan nem közöl nyilvánosan adatot. Magyarországon szintén nincs nyilvános adat a tesztkapacitásról, tehát, hogy heti hány tesztet tudunk maximálisan elvégezni.

Tekintve a fertőzött-szám nagy problémáját, eléggé kézenfekvően adja magát a következő mutató: a fertőzésben történő halálozások napi száma. Hiszen az függ a tesztelési aktivitástól, hogy észrevesszük-e valakiről, hogy fertőzött, de azt azért csak észrevesszük, hogy valaki él-e, teszteléستől függetlenül is...! Sajnos ez az okfejtés hibás: azt fejlett világban tényleg tudjuk, hogy valaki meghalt, csak most itt nem erre van szükség, hanem arra, hogy a fertőzésben halt-e meg! Ennek ismerete viszont igenis függhet a tesztelési aktivitástól. Rosszabb

esetben egy gyanús tüneteket mutató elhunytat sem tesztelnek, még poszt mortem sem, de teljesen jóhiszemű módon is előállhat ilyen: „hát igen, a nagymamának gyenge volt a szíve, erre sajnos fel kellett készülni” – és senki nem végez tesztet, és soha ki nem derül, hogy azért a dolog nem volt teljesen véletlen, mert a háttérben volt egy infekció is. Az ilyen esetek előfordulása azonban igenis függ a tesztelési aktivitástól. Éppen ezért igaz rá minden, amit erről korábban mondtunk: eltérhet, akár drasztikusan is, országok között, de sajnos még egy országon belül is könnyen megváltozhat időben.

Tehát bár ez a mutató sem teljesen független a tesztelés intenzitásától, de azért tény, hogy jóval kevésbé függ tőle, mint a regisztrált fertőzöttek száma, hiszen a végül elhalálozó fertőzöttek általában súlyosabb állapotban vannak, így valószínűbb, hogy tesztelik őket. Ilyen értelemben tehát racionális e mutató használata is.

Milyen hátrányai vannak a halott-számnak? Az egyik, hogy ez egy jóval lassabb indikátor: a fertőzött-számnál felsorolt összes késleltetés megjelenik természetesen itt is, és még pluszban hozzájön a halálig eltelt idő, ez szintén több hét. Összességében véve a halálozás-számnak már simán lehet hónapon felül a késleltetése; és érvényes minden, amit erről korábban mondtunk: aki most hal meg, az 4 héttel, 5 héttel, lehet, hogy 6 héttel korábban kapta el a fertőzést, a halála az *akkori* fertőzési viszonyokat tükrözi! Avagy, még másképp megfogalmazva: ha bármit teszünk, annak a hatása halálozásokban 4-6 hét *múlva* fog csak jelentkezni. Mindezeket tökéletesen szemlélteti a 2020 őszi cseh helyzet:



Ferenci Tamás, <https://research.physcon.uni-obuda.hu/>  
Adatok forrása: OWID

Figure 1: Cseh járványügyi mutatók 2020 őszi

Ez egy jól vizsgálható szituáció, mert a csehek egyetlen időpontban, koncentráltan hoztak egy komoly szigorítást október közepén, ezt jelzi a függőleges fekete vonal. Ettől még mind a fertőzöttek száma, mind a halálozások száma vidáman nőtt tovább, mígnem a beszélt egy-két hét múlva a fertőzött-szám növekedése megállt (a felső tengelyen láthatóak az intézkedés bevezetése után eltelt napok száma). Igen ám, de a halottak száma még *ekkor is* teljesen változatlanul nőtt tovább, még jó egy-két hétig! Ez a járványkezelés tehetetlensége, és mellesleg egy nagyon fontos tanulsággal bír: a járványkezelésben nagyon veszélyes taktika, hogy megvárjuk, amíg elromlik a helyzet, és majd akkor lépünk, hiszen így fertőzöttek tekintetében még egy-két hétig, halálozásokban még akár több mint egy hónapig az eredeti trend szerint fogunk továbbhaladni! Amiből nagyon nagy baj is lehet, ha az egy gyorsan növekvő trend...

A halálozási adatok második problémája, hogy valójában nem csak a járvány terjedését méri, hiszen szerepet játszik benne két további dolog: az, hogy a megfertőződött alanyoknak mi az általános állapota (életkora,

társbetegségei stb.), a másik, hogy milyen a gyógyítás hatásfoka. A probléma hasonló, mint a fertőzöttek számánál és a tesztelési intenzitásnál: elképzelhető, hogy a halottak száma lemegy, de valójában nem javult a helyzet, csak mondjuk sikerült új ápolókat munkába állítani, csökkentve az ellátórendszer túlterheltségét, vagy épp fordítva, megnő a halálozás, pedig nem a fertőződési helyzet vált rosszabbá, csak épp bevezettek egy új, hatásos gyógyszert. Mint ebből is látható, ez a probléma, tehát a gyógyítás hatásfokán változása sajnos még egy ország különböző időpontbeli adatainak összehasonlításakor is probléma lehet. A másik kérdés, a betegek állapota is megváltozhat egyetlen országon belül – például fiatalabbak körére terjed át a járvány – de egyértelműen megnehezíti az országok közötti összehasonlítást: eltérő lehet társbetegséggel bírók aránya, a kockázati tényezők jelenléte (dohányzás, alkohol-fogyasztás stb.), eltérő lehet a korfa. Mindazonáltal hasonló országokat összehasonlítva ennek jelentősége csökkenthető; a másik megoldási lehetőség, hogy rétegzett adatokat gyűjtünk. (Tehát nem összességében hasonlítjuk össze két ország halálozásait, hanem a cukorbetegéket hasonlítjuk a cukorbetegével és a nem cukorbetegéket a nem cukorbetegével – ezzel kiküszöböljük az abból fakadó problémákat, ha a két országban eltérő a cukorbeteg aránya.) A gyakorlatban azonban ilyen adatok ritkán elérhetőek, talán egyedül az életkor kivételével, szerencsére ez jól összefügg a krónikus betegségekkel is. A korszpecifikus adatok használata egy országon belül is fontos lehet, ha hosszabb távú trendeket szeretnénk vizsgálni.

Van azonban egy harmadik probléma, ami a mi mostani szempontunkból különösen fontos lesz: az, hogy ez a mutató támaszkodik a halálhírek besorolására. Hiszen a fertőzésben elhunytakról van szó, ehhez pedig valahogy definiálni kell, hogy kit tekintünk fertőzésben elhunyt személynek. A probléma az, hogy a halálhírek besorolások általában is nagyon problémásak tudnak lenni. Érdemes ezt a kérdést részletesebben is megbeszélni, mert ez az, ami közvetlenül el fog vezetni a többlethalálozási mutató gondolatához.

### A halálhírek statisztikák problémái

Előljáróban fontos rögzíteni, hogy *minden* halálhír besoroláson alapuló statisztika közös problémája, hogy ezt a besorolást szinte soha nem lehet jól elvégezni. A probléma oka, hogy kivételes esetektől eltekintve – egészséges fiatal elgázol egy autó – egy embernek általában nem *egy* halálhír van. Ez a mostani járványtól függetlenül is igaz, de ez is jó példát szolgáltat rá: elvesztünk egy tumoros, cukorbeteg koronavírus-fertőzöttet; ő akkor most mibe halt bele? A rákba? A cukorbetegségbe? A fertőzésbe?

Ritkák a vegytiszta esetek, mégpedig mindkét irányban ritkák: hogy egy makkegészséges alanyt elvisz a fertőzés vagy hogy egy fertőzött fejére rádől egy kémény az utcán. Ezek a tiszta esetek, amikor 100% vagy 0% a fertőzés hozzájárulása a halálozáshoz, de a valódi történetek többsége nem ilyen, hanem szürke zóna, mint azt az előző bekezdés példája is mutatja.

Ráadásul nem arról van szó, hogy ez bonyolult probléma, hanem arról, hogy ez *megoldhatatlan* probléma. Valamennyi ok *hozzájárult* a halálához, tehát, ha szigorúan vesszük, valami olyasmit kellene mondani, hogy 48 százalékból a tumorba halt bele, 33 százalékból a cukorbetegségbe és 19 százalékból a fertőzésbe. (Természetesen ezek a számok teljesen hasraütésszerűek.) Hiába is lenne *elvégezhető* ez a helyes, az orvosi realitásnak megfelelő kép, ilyen nem csinálunk (annyiban érthető módon is, hogy ember legyen a talpán, aki ezeket a százalékokat megmondja): mindenkit egy halálhírral számolunk el. Csakhogy innentől ezt nem lehet jól megtenni, illetve erős definíciós bizonytalanság lesz abban, hogy hogyan tesszük meg. Mint látható, ez nem egy kiküszöbölhető probléma: nem arról van szó, hogy jövőre majd okosabbak leszünk, vagy fejlődik az orvostudomány, és akkor majd ezt jobban tudjuk csinálni. Mindaddig, amíg a halált egyetlen okhoz rendeljük, ez egy megoldhatatlan probléma.

Itt tehát nagyon komoly definíciós kérdések vannak, ebből fakadóan pedig sajnos nagy tere van az országok közötti adatszolgáltatási eltéréseknek (vagy akár egy országon belül is megváltozhat időben).

### A magyar halálhírek statisztikák adatszolgáltatási folyamata

Hazánkban két alapvető adatszolgáltatási folyamat révén nyerhetünk információt a mostani koronavírus-járvány halálozási adatairól.

Az egyik az az eljárás, amely bármely haláleset bekövetkezésekor megtörténik: törvényben pontosan meghatározott rend szerint a halottvizsgálatot végző orvos kitölti a Halottvizsgálati Bizonyítványt (röviden HVB, orvosi

köznyelvben elterjedt nevén a „hatpéldányos”), melyben rögzíti a halálozással kapcsolatos fontos tényeket, standardizált formátumban. (Apróbb kivételek vannak, például magzati halálozás esetén, bizonyos folyamatok elektronizáltak, de ez most számunkra nem lényeges.) A HVB egyik példánya ezt követően a KSH megfelelő szervéhez kerül, ahol az Egészségügyi Világszervezet ajánlásának megfelelő, részletekbe menően szabályozott algoritmus szerint elvégzik a halálloki besorolást. Ez aprólékos munka, például, ha nem egyértelmű a kitöltés, akkor a KSH validálja az adatokat a területileg illetékes kormányhivatallal együttműködve. Természetesen az eredmény nem mutathat pontosabb képet annál, ahogy a HVB-t kitöltötték, illetve fontos hangsúlyozni, hogy akármilyen aprólékosan is dolgoznak, az előző részben ismertetett limitációt nem lehet feloldani, hiszen az elvileg lehetetlen.

Ez a folyamat nagyon lassú, heteket vesz igénybe, így egy éppen zajló járvány esetén, ahol napi sűrűséggel van szükség adatra, nem használható. Szükség van tehát egy gyorsabb besorolásra is; ez az, aminek az adatait mindannyian halljuk a napi kommunikációban.

Sajnálatos módon Magyarországon a mai napig nincsen nyilvánosan, írásban rögzítve, hogy milyen eljárásrend határozza meg, hogy ezen besorolás szerint ki minősül koronavírusos halottnak. Tovább rontja a helyzetet, hogy elhangzott ezzel kapcsolatban egy nyilvánvaló nyelvbtlás, miszerint „valamennyi olyan elhunytat, akinél a betegség időtartama alatt, vagy előtte bármikor [!] pozitív személynek regisztráltak, tehát készült nála laboratóriumi vizsgálat, ami pozitivitást mutatott, mindenkit beszámolunk az elhunytak közé”. Ez természetesen – szerencsére – nem igaz, hiszen ha szó szerint vennénk, akkor valakit, aki tavaly áprilisban megbetegedett majd meggyógyult, majd ma elüti egy autót, azt elvileg koronavírusos halottként kellene elszámolni. (Most olyan apróságokról nem beszélve, hogy így a koronavírus halálozási aránya, tehát, hogy a fertőzöttek mekkora hányada hal bele a betegségbe, garantáltan 100 százalék lenne...) Erről természetesen nincs szó, a gyakorlatban senki sem fog törődni azzal, hogy mondjuk egy autóbaleset áldozatának egy évvel korábban volt egy pozitív tesztje, de az nagyon fontos lenne, hogy közzé legyen téve, hogy elvileg milyen szempontok döntenek abban a kérdésben, hogy kit lehet koronavírusos elhunytak minősíteni. Az Európai Unió járványügyi szervezete, az ECDC például azt az ajánlást fogalmazza meg, hogy nem koronavírus a halállok akkor, ha (1) van egyértelmű, alternatív, a koronavírustól független mechanizmussal ható halállok (pl. trauma autóbalesetben), vagy ha (2) a diagnózis és a halál között teljes gyógyulás következett be. Több ország nem ez követi, hanem egyszerűen bevezetett egy időbeli küszöböt is, tipikusan a diagnózistól számított 28 napot, ameddig koronavírusos halálozásnak mutat ki egy halálesetet, minden további vizsgálat nélkül. Persze, ez sem tökéletes (valakit elüthet az autót a tizedik napon, vagy fordítva, feladhatja a fertőzéssel való küzdelmet a negyvenedikén), de ez legalább egy definiált, reprodukálható algoritmus.

Senkit nem szeretnék kérdőre vonni egy szerencsétlen nyelvbtlás miatt, de az már probléma, hogy ennek a nyelvbtlásnak a korrekciója, és a valódi eljárásrend közlésével való helyesbítése a mai napig nem történt meg.

Jellemző, hogy végül úgy juthatott a közvélemény bármilyen információhoz, hogy egy parlamenti képviselő levelére válaszul megírta a tisztifőorvos, hogy a fent is említett ECDC/WHO protokollt követjük (még ezt az információt sem a népegészségügy hozta nyilvánosságra, hanem a kérdéses parlamenti képviselő töltötte fel a Facebook-oldalára, a magyar helyzet abszurditását mutatja, hogy e pillanatban ez a Facebook-bejegyzés az egyetlen hivatalos információforrás a magyar eljárásrendről...). A teljesen kaotikus kommunikációra jellemző, hogy mindeközben viszont a hivatalos kormányajtótájékoztatón az hangzott el, hogy még az autóbalesetben elhunyt fertőzötteket is beszámítjuk a halottak közé, noha ez ellentétben van az ECDC/WHO protokollal, sőt, a tisztifőorvos levele kifejezetten felhossa példaként, hogy mi az, amit *nem* számolunk be a halálozások közé...

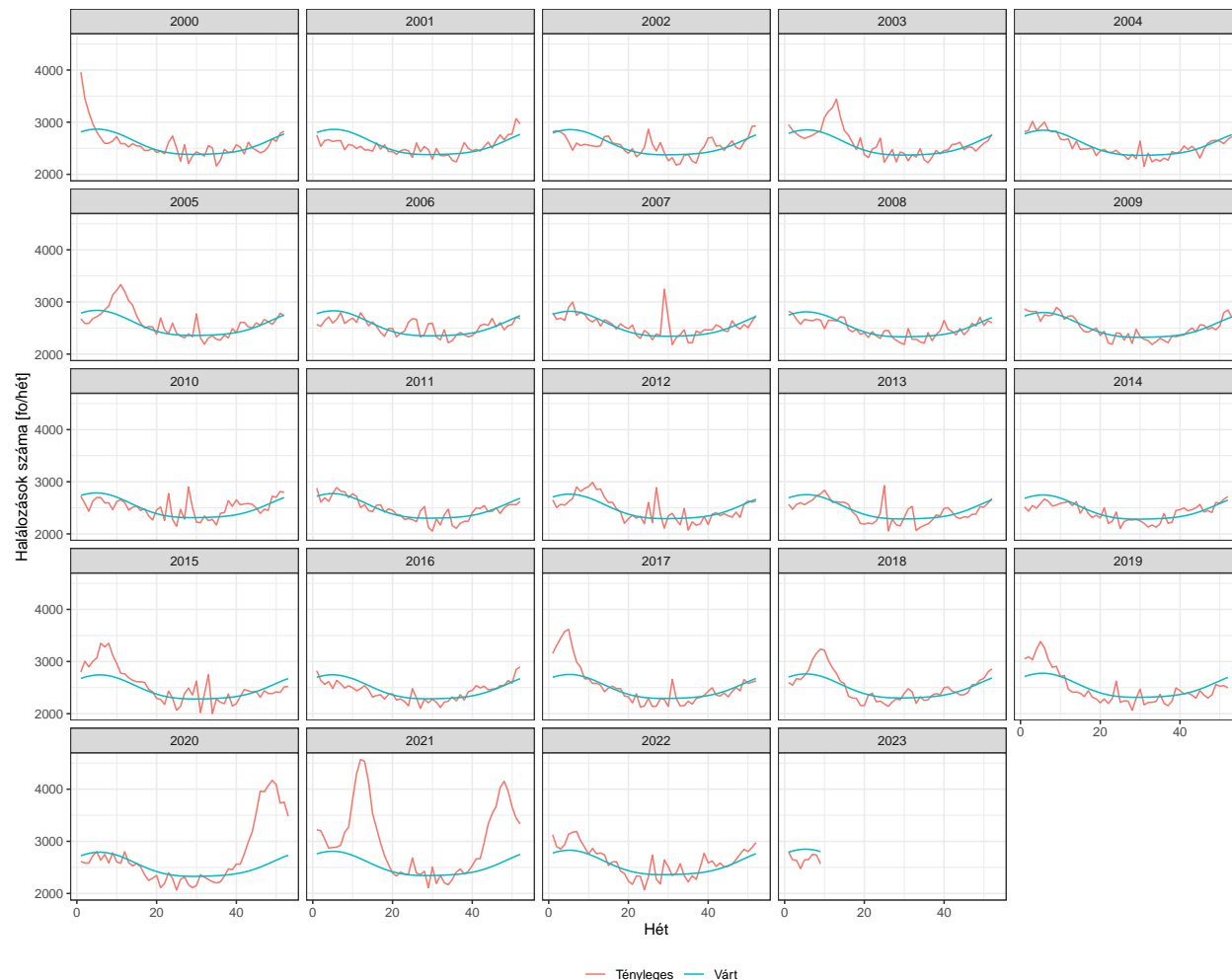
### A többlethalálozási mutató definíciója és logikája

Látható tehát, hogy mi a két nagy problémája a halálozási adatoknak, amit jó lenne kezelni: a halálloki besorolástól meg kellene szabadulni, és a tesztelési intenzitástól megmaradt függést is jó lenne kiküszöbölni. Az elsőn elgondolkozva juthatunk el a többlethalálozás mint mutató gondolatához: egyszerűen felejtjük el a halállokat, és csak azt nézzük, hogy valaki meghalt-e, tehát a halottakat számoljuk, függetlenül attól, hogy mibe haltak bele! Ez egy csapásra megoldja a halálloki besorolás problémáját (hiszen arra nem is lesz szükség), és a tesztelési aktivitástól való függést is komplettül felszámolja (hiszen most már *tényleg* csak az számít, hogy valaki meghalt-e, azt pedig a fejlett világban tudni fogjuk biztosan). Igen ám, de a problémát még egyáltalán nem oldottuk meg: lehet, hogy van egy (össz)halálozási számunk, de honnan tudjuk, hogy ezen

halálozásokból mennyi tudható be a járváynak?

Az alapötlet a következő: a múltbeli halálozási adatok alapján, amikor még nem volt járvány, készítünk egy előrejelzést az aktuális időszak halálozási számára, ezt szokás várt halálozásnak nevezni, és azt mondjuk, hogy ez tükrözi, hogy mi lett *volna* ha nem lett *volna* járvány. Hiszen olyan adatokat felhasználva készült, amikor még nem is volt. (A „várt” szót itt természetesen nem abban az értelemben használjuk, hogy valamire pozitív érzelmekkel várunk, hanem, hogy mi a várakozásunk.) Ha fogjuk a tényleges halálozás-számot, és abból kivonjuk ezt a várt értéket, akkor megkapjuk a járvány hatását! Természetesen a módszerrel nem csak az új koronavírus-járvány hatása vizsgálható, hanem bármilyen, mortalitást módosító eseményé.

Félig előrefutva, így néz ki az elmúlt bő két évtized tényleges magyar heti halálozása, rajta a – későbbiekben bemutatandó módszerrel meghatározott – várt halálozás:



Ferenc Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Ez nagyon jól mutatja a módszer működését: azt vizsgáljuk, hogy a tényleges görbe mikor – és mennyire – ment a várt fölé. A koronavírus-járvány hatása nagyon durva, további kommentárt nem is nagyon igényel, de érdemes megnézni, hogy közel nem az egyetlen eltérés: sok télen látszik egy csúcs (téli többletmortalitás, tipikusan ezt szokták az influenzának megfeleltetni), például 2016/17-es szezon nagyon rossz volt, de előfordul ilyen kiugrás nyáron is (például 2007-ben nagyon látványos, ez egy hóhullám hatása). Nagyon érdekes ezt összekorrelálni azzal, ahogy a mögötte lévő jelenségekről annak idején a sajtó is beszámolt (mint a 2007-es hóhullámról).

## A többlethalálozási mutató előnyei és hátrányai

A többlethalálozási mutatónak két hatalmas előnye van tehát: az egyik, hogy teljesen érzéketlen a halálteki besorolásra, a másik, hogy immár tényleg semmilyen szinten nem függ a tesztelési aktivitástól.

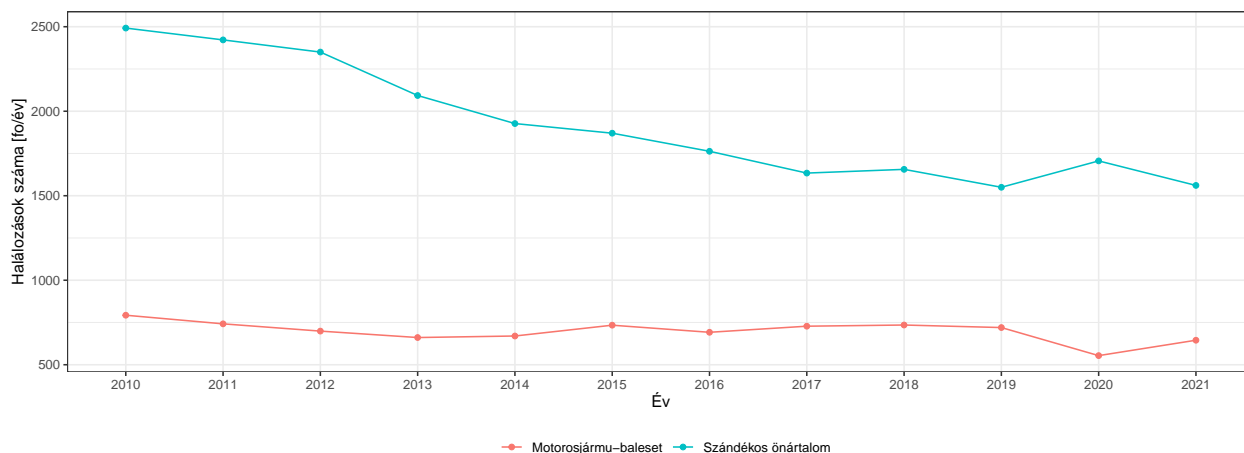
Ahogy azonban az eddigi esetekben is történt, ezek az előnyök sem jönnek ingyen.

Az egyik probléma, hogy a többlethalálozás az összes közül a leglassabb mutató, hiszen meg kell várni a halálesetek anyakönyvezését, és azok központi összesítését. Ezért ezek az adatok legjobb esetben is csak a bekövetkezés után egy hónappal válnak elérhetővé (és persze ne feledjük, hogy az egy hónappal ezelőtti halálozások meg az *az előtt* egy-másfél hónappal korábbi fertőződési viszonyokat tükrözik!), de általában pár hétig még ez után is történnek korrekciók, jellemzően felfelé, a késve beérkező jelentések miatt. Ezen korrekciók mértéke ráadásul nem is igazán mondható meg biztosan, függ attól, hogy a rendszer túlterhelődése mekkora, akár helyileg is. Az Eurostat-hoz leadott adatok szerint a magyar jelentés teljeskörűsége 96% a legfrissebb közzétett adatra nézve és ez 5 hét alatt éri el a 100%-ot. (Mindazonáltal egy hangyányit gyanús, hogy míg más országok olyan számok adtak le a hetenkénti teljeskörűsége mint 93,20%, 95,97%, 97,02%, nálunk ez úgy néz ki, hogy 96,00%, 97,00%, 98,00%... úgyhogy valószínűleg inkább hasból közöltünk számokat és nem a tényleges korrekciókat néztük meg empirikusan, emiatt talán jobb, ha a magyar adatokat inkább irányadónak vesszük.)

A többlethalálozásnak azonban ezen túl is van két nagyon komoly problémája. Az egyik, hogy a többlethalálozás – definíció szerint – a tényleges halálozás és a járvány nélkül *várt* halálozás különbsége. Az első adatsorral még nincs is probléma, na, de azt honnan mondjuk meg, hogy hány haláleset lett *volna* például 2020-ban, ha nincs járvány?! Erre vannak egyszerűbb módszerek: például alapul vehetjük a 2019-es halálozási adatot (közel van a vizsgált évhez, így a halálozás változásának esetleges hosszútávú trendje a legkevésbé rontja el, de csak egyetlen évnyi adat, így bizonytalanabb), vagy vehetjük a 2015-2019 évek átlagát (a hosszabb periódus miatt biztosabb számok, de gond lehet, ha időközben változtak a halálozási trendek), és akadnak bonyolultabb módszerek is (görbét rakunk a megelőző évekre és azt meghosszabbítjuk), ám végeredményben mindegyik egy *becslés*. Ebből fakadóan mindig ott lesz a kérdés, hogy igazából mi sem tudhatjuk, hogy tényleg ennyi halálozás lett-e volna, ha nincs a járvány.

A másik probléma sokkal jelentősebb: a többlethalálozás egy bruttó jellegű mutató, ami egybeméri a járvány direkt hatásaival (belehalnak emberek) annak indirekt hatásait is. Hogy még rosszabb legyen a helyzet, ezek az indirekt hatások egyaránt lehetnek pozitívak és negatívak. Pozitív indirekt hatás, hogy a védelmi intézkedések más légúti fertőzések ellen is jól tesznek, de kicsit elengedve a fantáziánkat, az is pozitív indirekt hatás lehet, hogy kevesebb autóbaleset történik. Negatív indirekt hatás, hogy más betegség ellátása nehezedik meg, de itt is lehet távolibb kérdésekre gondolni, például mi van, ha megnő az öngyilkosságok száma a szociális elszigetelődés miatt, vagy emelkedik az – egészségügyi állapotot közismerten rontó – munkanélküliség a gazdaság visszaesése miatt. Ezek feltárása véleményem szerint rendkívül fontos feladat, és az első empirikus eredmények már meg is jelentek.

Nézzük meg például, hogy a KSH adatai alapján hogyan alakult az elmúlt 10 évben az autóbalesetben és az öngyilkosság miatt meghaltak száma Magyarországon:



A mintázat nagyon látványos, mindkét fenti jelenség szemléltetésére. Fontos persze hangsúlyozni, hogy ez egy nagyon durva felbontású eredmény, azt például végképp nem bizonyítja, hogy ez minden életkorban, nemnél, szocioökonómiai helyzetben stb. is így van. Ami még fontosabb, hogy ez csak illusztráció, nem arról van szó, hogy ezek lennének a legjelentősebb indirekt tényezők (az influenza visszaszorulása például egész biztos, hogy lényegesebb az egyik irányban, az elmaradó ellátások pedig a másikban), viszont sokkal biztosabban megragadható adatok és az alapgondolatot jól mutatják.

E tényezők elkülönítése tehát lehetetlen, vagy szinte lehetetlen a többlethalálozás alapján! (A „szinte” szó az influenza kérdésköre miatt van ott, amire később még visszatérünk.)

Sajnos mindkét irányban előfordulhat probléma: elképzelhető olyan helyzet, hogy nem halnak meg sokan a járvány következtében, de a többlethalálozás magas (komoly negatív indirekt hatások vannak), illetve az is, hogy sokan meghalnak, még sincs lényeges többlethalálozás (komoly pozitív indirekt hatások vannak). Ez szükségszerűen korlátozza a többlethalálozás gyakorlati hasznosíthatóságát.

Remélem, a fentiekből is érzékelhető, hogy nincsenek univerzálisan „jobb” és „rosszabb” mutatók, az ilyen indikátorokat mindig egészében kell vizsgálni, és az átfogó kép alapján értékelni.

## A halálozás mint mutató használatának általános problémái

Függetlenül attól, hogy pontosan hogyan mérjük le, a halálozásnak, mint a járvány terhének mutatója, van egy sor hátránya is, általában, pusztán amiatt, hogy a halálozáson alapul. A probléma többféle:

- A „járvány terhe” egy többdimenziós fogalom, ami nem szűkíthető le a elhunytakra (noha kétségtelen, hogy sok tekintetben ez a legdrágább teher). Azonban az is teher, ha emberek szenvednek (még ha a végén fel is épülnek), más szempontból de az is teher, ha az egészségügyi ellátórendszer kapacitásait igénybe veszik, megint más szempontból, de az is teher, hogy kiesnek a munkából. A halálozás mindezekről nem ad számot. Mindazonáltal a halálozás használatát mégiscsak védi – túl azon, hogy a legrelevánsabb megjelenése a tehernek – az, hogy általában jól korrelált az összes többi szemponttal is: ha többen halnak meg, akkor tipikusan többen is szenvednek, többen is veszik igénybe az ellátórendszert, többen is esnek ki a munkából.
- Ha egyszerűen a halálozásokat számoljuk a lakosság egészében, akkor figyelmen kívül hagyjuk az elhunyt minden jellemzőjét: ugyanakkora teher egy makkegészséges 30 éves elvesztetni, mint egy egyébként is végstádiumú 85 éves tumoros beteget? A halálozás szempontjából igen, sokan azonban inkább azt érzik, hogy az előző valójában nagyobb teher. Ezt legkézenfekvőbben az elvesztett életévek koncepciója ragadja meg, azaz, hogy az alany hány évet élet *volna*, ha nem viszi el a járvány. Az így kapott életév-vesztesség kifejezi azt, amit a halálozás nem: hogy a példánkban szereplő első alany halála nagyobb teher, hiszen – mind az életkora, mind az egészségi állapota miatt – ő jóval többet élt volna még ha nincs a járvány. (Természetesen itt *népegészségügyi* teherrel beszélünk, nem arról, hogy például a családnak mekkora tragédia egy halál, legyen az akár egy 85 éves tumoros beteg halála.) Ezek számítása nem könnyű, hiszen egy fiktív helyzetet kell vizsgálni – ugyan ki mondja meg, hogy valaki mennyit élt *volna*, ha nem kapta *volna* el a fertőzést? Erre természetesen csak becslést lehet adni, a jó hír viszont, hogy a becslés



adására vannak bevált demográfiai, statisztikai módszerek. (Ezeket magyar viszonyokra nézve én is kiszámoltam és közöltem.) A másik lehetőség, hogy kitűzünk egy – ideálisan magasra rakott – rögzített „cél életkort” és ahhoz viszonyítjuk az elvesztett éveket. E kérdés vizsgálatához segítséget jelenthet, ha a halálozási adatokat lebontjuk életkorcsoportok szerint. Bizonyos értelemben azonban minden ilyen módszer ingoványos talajt jelent, mert bármennyire is kézenfekvő, ezek a számítások végeredményben mégis azt jelentik, hogy súlyozzuk a különböző halálokat, ami messzire vezető morális kérdéseket vet fel.

- Még ha az életév-veszteséget is használjuk, akkor is figyelmen kívül marad egy fontos szempont: az életminőség kérdése. (Talán pontosabb lenne úgy fogalmazni, hogy az egészségi állapottal összefüggő életminőség.) Ez két, egymással ellentétes irányban hat. Egyfelől ennél a mostani betegségnél sajnos előfordul, hogy a túlélők maradványtünetekkel gyógyulnak, ami rontja az életminőséget, ezért ha életév helyett minőséggel korrigált életévet használunk, akkor még a felgyógyulóknál is van veszteség, nem csak a végül meghalóknál. A másik, ezzel ellentétes szempont, hogy az idős, több krónikus betegségben szenvedő elhunytaknak, ami a mostani járványnál a többséget jelenti, tipikusan már a fertőzés *előtt* sem volt tökéletes az életminőségük, ezért az ő esetükben a minőséggel korrigált életév használata kisebb veszteséget mutatna ki, mint ha ezt figyelmen kívül hagyjuk.

Ezekre a szempontokra tekintettel kell lenni *bármilyen* halálozáson alapuló mutató használatakor.

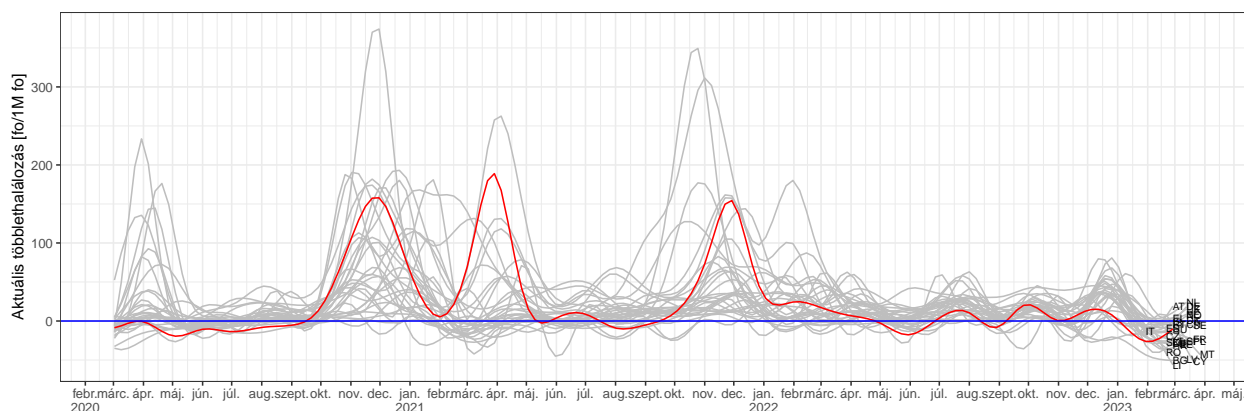
## Eredmények: A hazai többlethalálozási adatok, és európai viszonyításuk

Próbáljuk meg áttekinthetővé tenni a többlethalálozási mutatókat! Először is, ne év alapú mutatókat nézzük (semmilyen kitüntetett járványügyi jelentősége nincs a december 31-nek, hogy akkor vágjuk el az adatokat), hanem egyszerűen folytonosan kezeljük az időt. Másrészt, érdekesebb relatív mutató gyanánt a lélekszámmal osztani, így ugyanis egy olyan mutatót kapunk, ami analóg a regisztrált halálozások közlésével, hiszen azt is halál / millió főben szokták megadni. Ha a többletet is millió lakosra osztjuk rá, akkor a kettő egymással is jól összehasonlítható lesz.

Én az Eurostat adatai alapján kiszámítottam a többlethalálozást, mégpedig heti alapon, egységesen az országokra, valamennyi Eurostat-nak jelentő EU és EFTA országra, valamint az Egyesült Királyságra. Az elemzéshez és ábrázoláshoz használt programot – a „nyílt tudomány” jegyében – teljes egészében nyilvánosságra hozom, így bárki reprodukálhatja, ellenőrizheti és továbbfejlesztheti a számításaimat, illetve itt elolvashatók a módszertani részletek is.

A többlethalálozás számítása az egyik legkorszerűbb eljárással, Acosta és Irizzary módszerével történt, mely kifinomult statisztikai eljárással igyekszik jól meghatározni a múltbeli adatokból a viszonyítási alapot.

Mit tudunk mondani egy adott időpontban aktuális helyzetről? Ezt mutatják a heti adatok (piros görbe Magyarország, a szürke görbék a többi európai országot jelölik):



Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Jól látszik, hogy az első hullám teljesen kimutathatatlan volt (legalábbis többlethalálozás tekintetében) Magyarországon, addig a második már súlyosan érintett minket, a harmadikban pedig gyakorlatilag egész

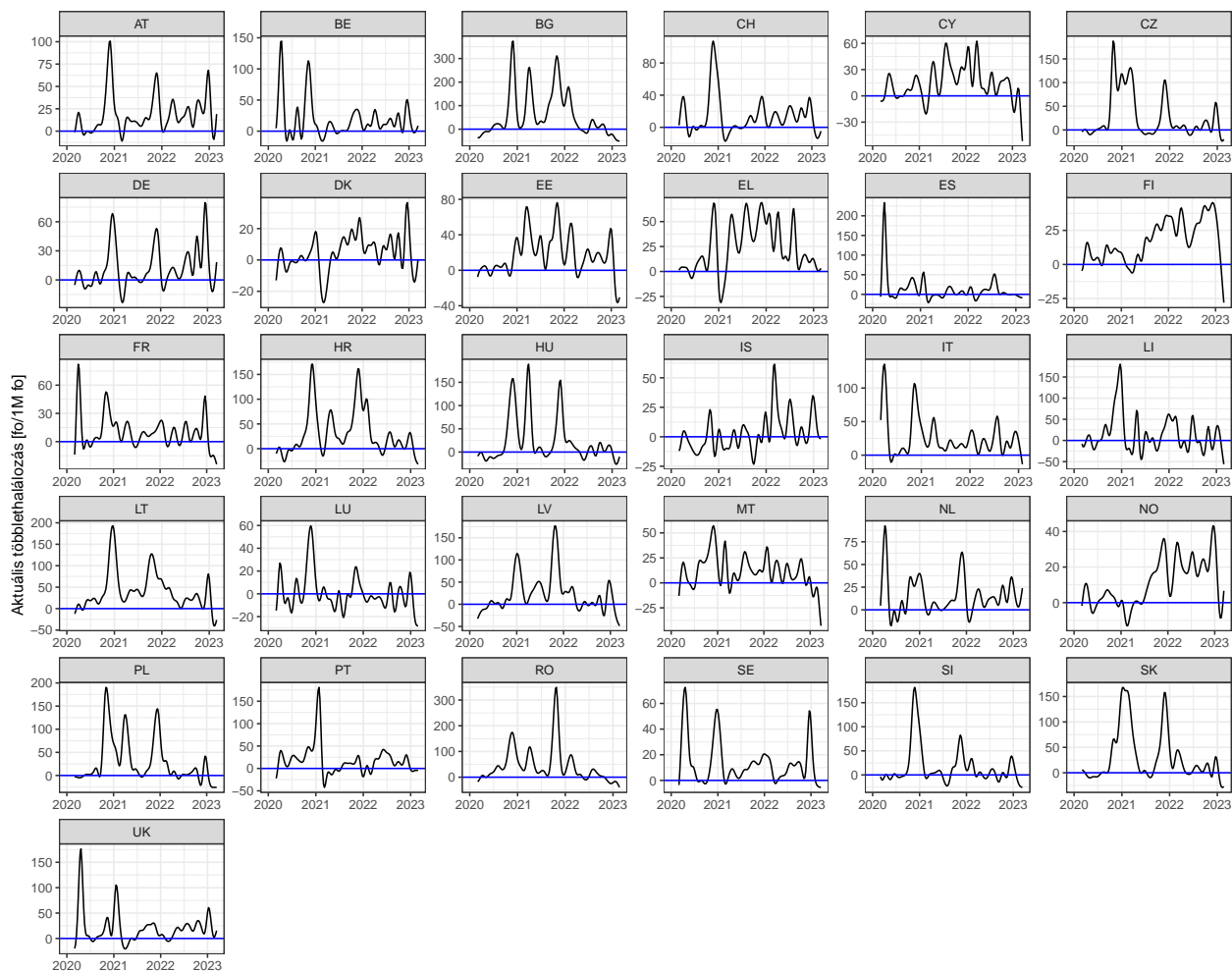
Európában a legrosszabbak között volt az aktuális járványügyi helyzetünk.

Érdekes lehet országonként külön-külön is ábrázolni, hogy jobban látható legyen, az egyes országok hogyan teljesítettek a járvány kezelésében, mik a jó és a rossz példák:



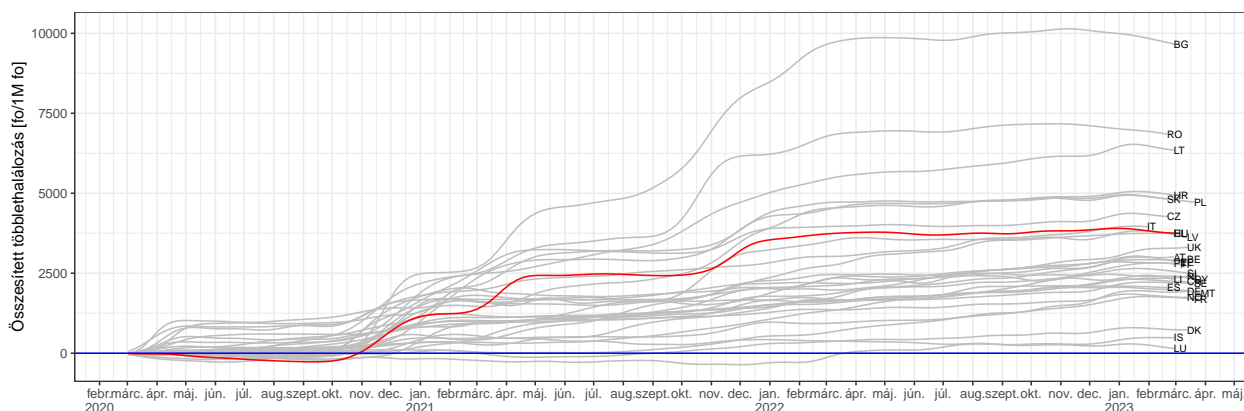
Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Ha nem a különböző országok egymáshoz való viszonyítása van a fókuszban, hanem az egyes országokat önmagukban akarjuk vizsgálni, akkor érdemes lehet az adatokat úgy is ábrázolni, hogy a függőleges tengelyen megengedjük az eltérő skálázást (az azonos skála értelemszerűen kell az országok összehasonlításához, viszont cserében egyes országokat nehezen láthatóvá tesz, mert a nagy értékkel bíró országok miatt széles lesz a skála, ami miatt a kisebb értékkel bíró országok ingadozásai nem lesznek jól érzékelhetőek):



Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

A járvány egészének értékeléséhez nézzük az összesített adatokat (piros görbe Magyarország, a szürke görbék a többi európai országot jelölik):

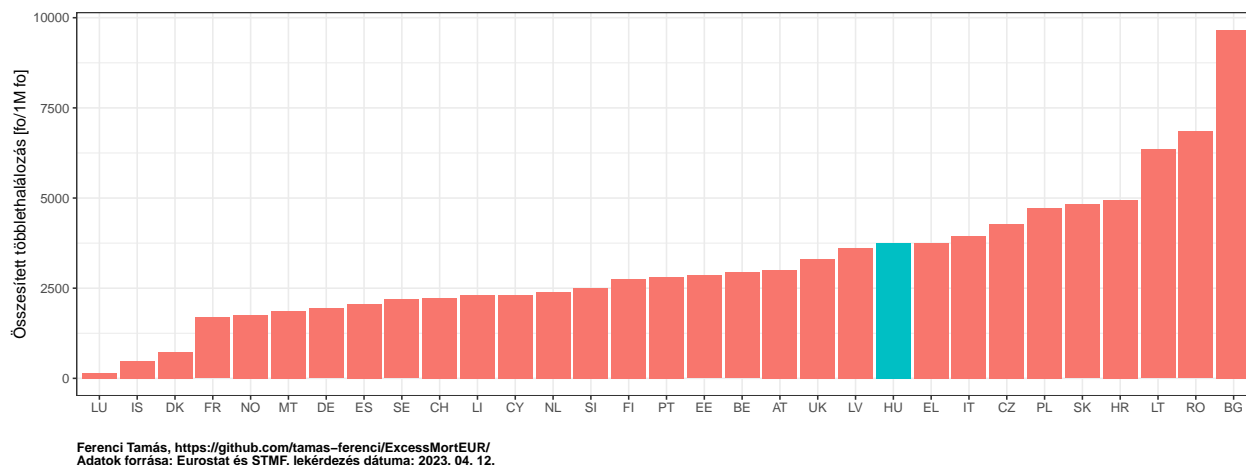


Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

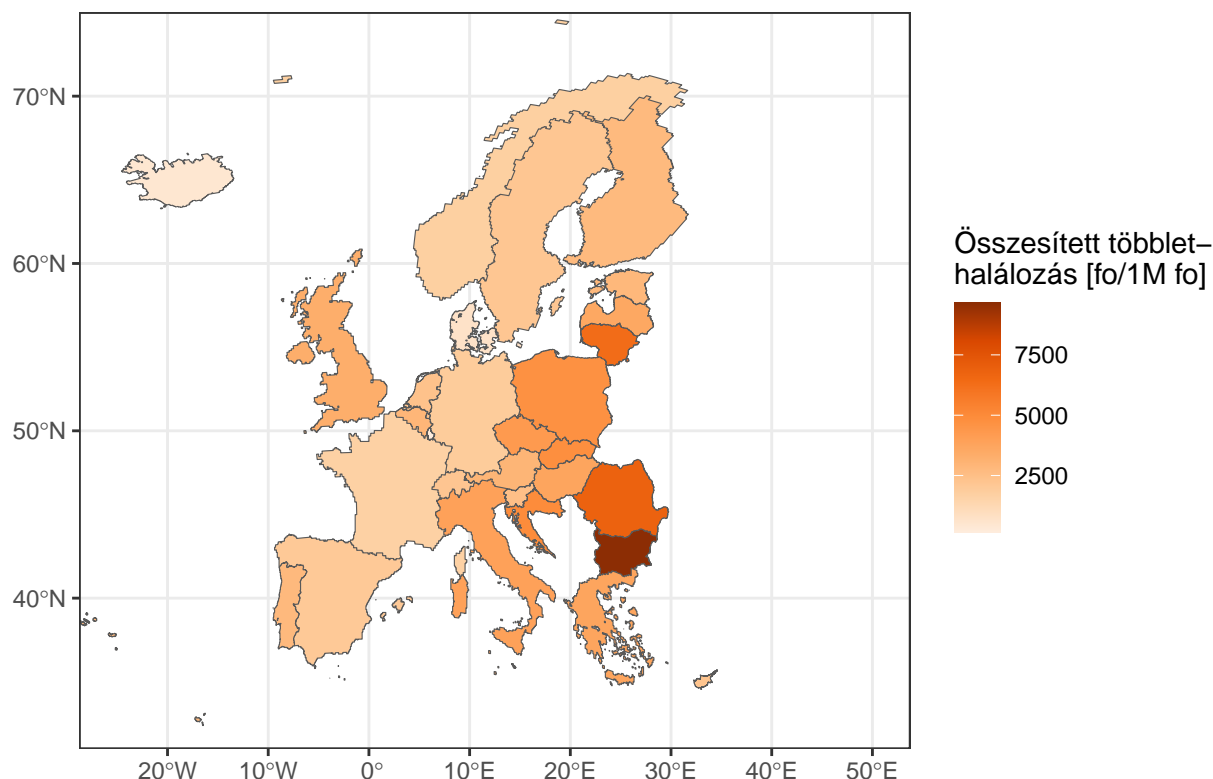
Látható, hogy a legfrissebb adatok szerint – persze ne felejtjük, ez egy hónappal ezelőtti állapotot jelent! – Magyarország a legkedvezőtlenebb harmad elején-közepén van.

Érdekes lehet jobban látható módon is kiemelni az utolsó időpontbeli adatokat, tehát a fenti ábra jobb szélét

(minden ország az utolsó elérhető adatával szerepel):



Látványos lehet ugyanezeket az adatokat térképen is ábrázolni. Itt ugyan az értékeket nehezebb leolvasni, illetve összehasonlítani, hiszen egy színskála rosszabbul ítélhető meg mint egy oszlop magassága, viszont cserében térbeli információt is ad, ami meg sok szempontból jobban érzékelhető, egyetlen pillantással is (jobban társítani tudjuk az országokhoz az egyéb jellemzőiket, látszanak a térbeli csoportosulások stb.):



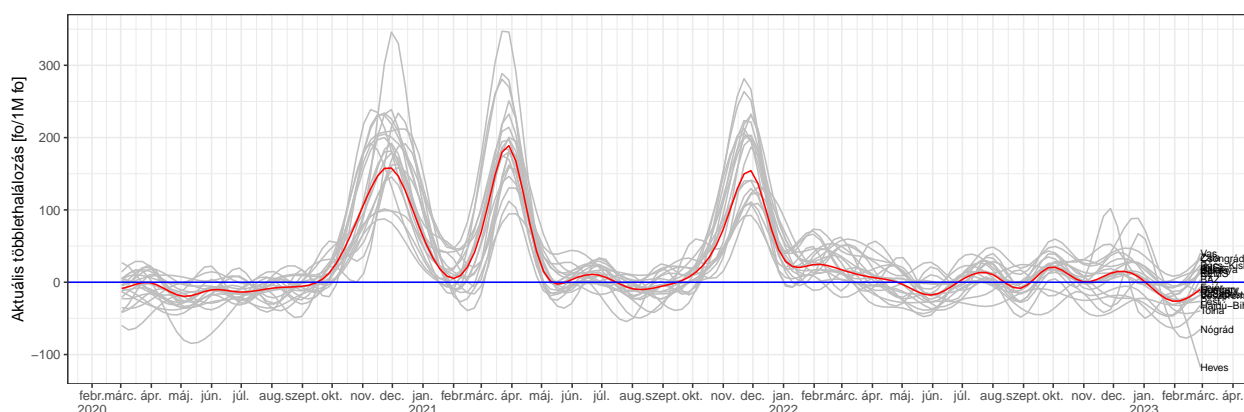
Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Az Eurostat adatokat szolgáltat út. NUTS3 szintű, országon belüli területi egységekről is, ez Magyarországon a megyéknek felel meg. Ilyen módon az összes fenti vizsgálatot elvégezhetjük a magyar megyékre is vonatkozóan, egész egyszerűen ugyanazt az elemzést kell csak lefuttatnunk – egymástól függetlenül – minden megyére.

Hogy ennek mennyi értelme van? Magyar viszonylatban sajnos egy szempontból egész biztosan van: a magyar rendszer, elképesztő módon, nem ad meg területi halálozási adatokat, még megyei szinten sem (nemhogy

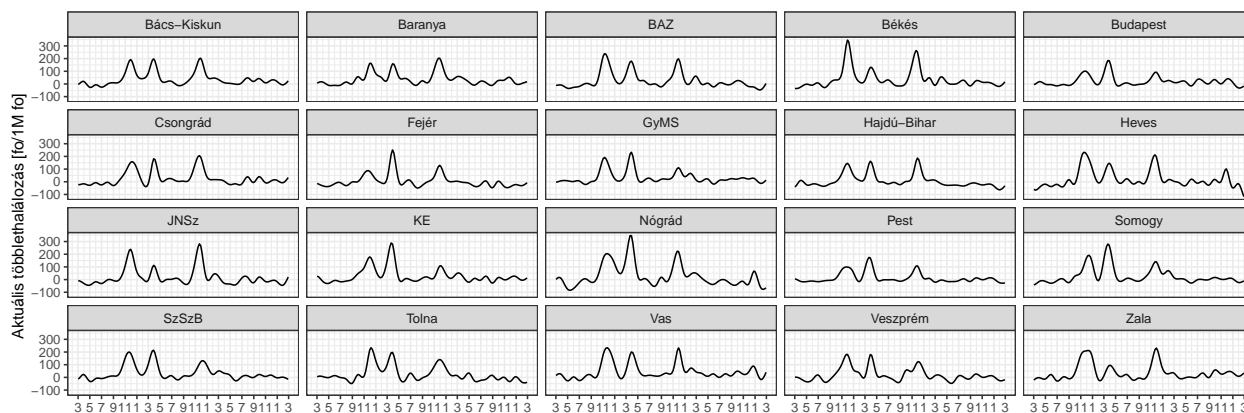
járási lebontásban). Így, ha bármilyen halálozási eredményre van szükségünk területi lebontásban, egész egyszerűen a többlethalálozás lesz az egyetlen eszközünk, teljesen mindegy, hogy mennyire jó vagy rossz. Ettől függetlenül azért érdemes feltenni a kérdést, hogy mennyire jó: ha ismernénk a jelentett halálozást megyei szinten, volna értelme mégis nézni a többlethalálozást ez esetben is? Gondoljunk a többlethalálozás két alapvető előnyére: teljesen független a haláloki besorolástól és teljesen független a tesztelési aktivitástól. Az előbbi igen valószínűtlen, hogy országon belül eltérjen, de az utóbbiban nagyon is lehetnek különbségek az ország különböző megyéi között, így még ez esetben is érdekes lehet a többlethalálozás (persze annak a hátrányai is ugyanúgy érvényesülnek egy ilyen, országon belüli elemzés során is).

Az aktuális helyzet alakulása megyei szinten (a piros vonal ezen az ábrán az országos értéket jelenti):



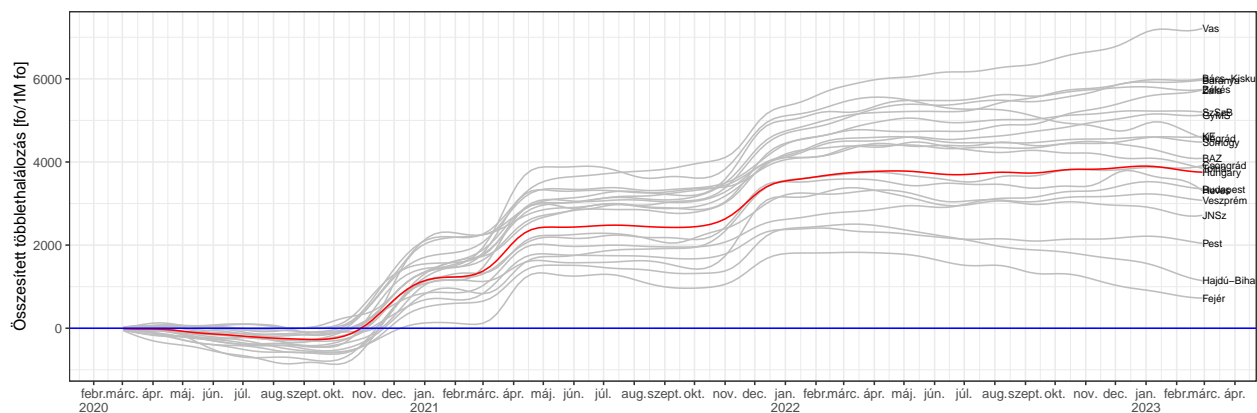
Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Itt is igaz, hogy bár ez összkép szempontjából tanulságos, ha egyesével akarjuk vizsgálni a területi egységeket, akkor jobb őket külön ábrázolni:



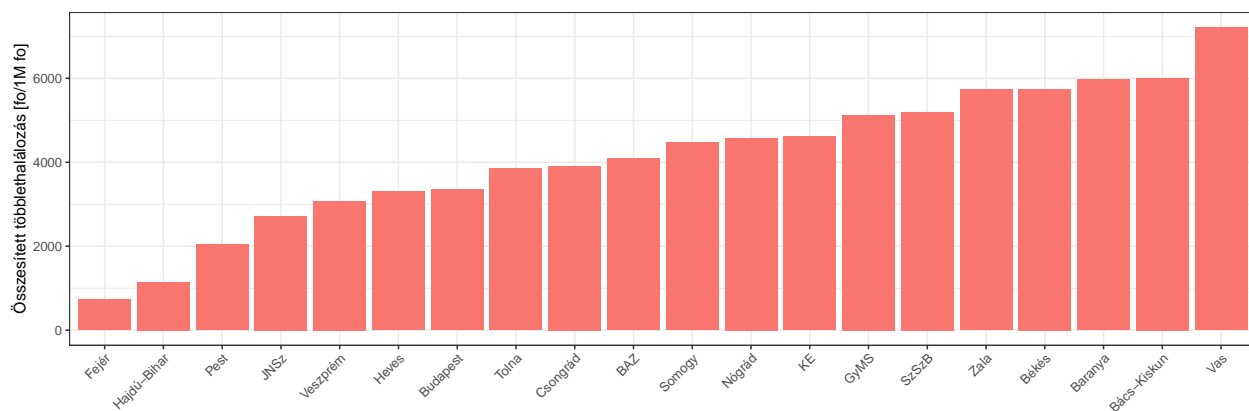
Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Az előzőekhez hasonlóan érdekes lehet a kumulált helyzet, illetve ez azért is segít, mert a korábbi ábráról nehéz megítélni, hogy összességében mi egy megye helyzete, hiszen kevésbé látszik, hogy mennyire ugyanazok bizonyultak rossz helyzetűnek a különböző időpontokban:



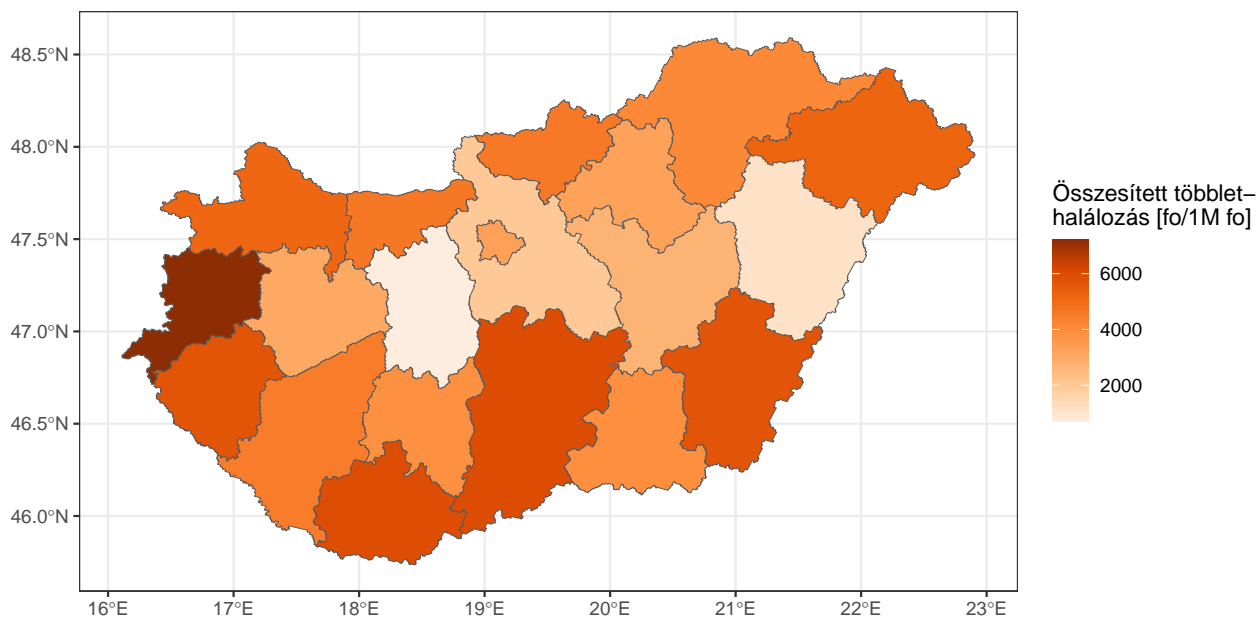
Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Az utolsó állapotról itt is készíthetünk oszlopdiagramot:



Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Itt is kézenfekvő ötlet térképet rajzolni:



Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Finomabb felbontású, legalább járási adatok híján nehéz igazán fajsúlyos megállapításokat tenni (megyei szinten még a városok és a falusias területek is össze vannak vegyítve), ez alól Budapest az egyetlen kivétel, és pozitív irányban: míg a nagyobb népsűrűség általában kimondottan elősegíti a járványok terjedését, addig Magyarországon belül Budapest pont, hogy a jobban teljesítő megyék közé került. Persze vigyázat: ezek most nem a fertőződésre, hanem a halálozásra vonatkozó adatok, így a megítélést még az is nehezíti, hogy a halálozási arányok eltérhetnek (hiszen az függ a társbetegségek gyakoriságától, az életkori eloszlástól, és így tovább, amik eltérhetnek megyék között).

## Záró gondolatok

Teljes mértékben egyetértek azzal, hogy most nem személyi felelőst kell keresni, ujjal mutogatni, hogy ki mit rontott el, ám messzemenőig nem értek egyet azzal, hogy a kérdést elintézzük olyan mondatokkal, mint hogy ez az időszak „a gyászról és a megfeszített küzdelemről” szól. Nem, itt nem lehet befejezni egy elemzést, ugyanis *épp* a gyászolóknak és megfeszítve küzdőknek tartozunk azzal, hogy feltárjuk a hibák okait, *pont azért*, hogy a jövőben minél kevesebben gyászoljanak, és legyenek kénytelenek megfeszítve küzdeni.

Azzal tehetünk a magyar emberek egészségéért, ha feltesszük azt a kérdést: mi az oka ezeknek az adatoknak? Csak akkor tudunk ugyanis tenni a javításukért, ha értjük, hogy miért alakultak így. Miért hálnak meg ilyen sokan nálunk európai összevetésben? Azért, mert sokan megfertőződtek (de ők már ugyanolyan valószínűséggel haltak meg, mint más országokban) vagy azért, mert bár ugyanannyian fertőződtek meg, de a magyar fertőzöttek nagyobb valószínűséggel haltak meg? Esetleg mindkettő egyszerre, és ha igen, milyen arányban? Ha az előbbire gyanakszunk, akkor az járványvédelmi intézkedéseket (a szigorúságukat és az időbeliségüket is), azok betartásának fegyelmét kell vizsgálni, a tesztelési és kontaktuskövetési stratégiát, a járványügyi szervek hatékonyságát és szervezettségét kell vizsgálni. De itt számíthatnak olyan tényezők is, mint a népsűrűség, a városi lakosság aránya, a lakásviszonyok és a lakások zsúfoltsága, vagy akár olyan szempontok is, mint hogy az adott országban mik a kulturális szokások a távolságtartásra. Ha az utóbbit elemezzük, akkor kétfelé ágaznak a lehetőségek. Vagy az emberek olyan jellemzőjében van eltérés, ami befolyásolja a körlefelvételt, és könnyen eszünkbe is juthatnak magyarázatok: mind kockázati tényezőkben (elhízás, dohányzás, alkoholfogyasztás), mind krónikus betegségek terén jól ismert a magyar lakosság kirívóan rossz állapota. A másik – nem feltétlenül kizáró – lehetőség, hogy az egészségügyi ellátásban kell keresni a magyarázatot. Az elérhető eszközök, gyógyszerek, az orvosok és szakdolgozók képzettsége nem tér el lényegesen, de magyarázatul szolgálhat a túlterhelődés? Vagy az, hogy a betegek ellátása nem egységes irányelvek mentén zajlik? Itt jön képbe a másik vesszőparipám, járványtól függetlenül: az objektív és transzparens teljesítménymérés hiánya a magyar egészségügyben. Amíg nincsenek definiált, standard indikátorok, melyek jellemzik az ellátásminőséget, fogalmunk sem lehet arról sem, hogy egyáltalán ki csinál valamit jól, és ki rosszul, nem tudhatjuk, hogy melyik kórházról vagy osztályról kell példát venni, és melyiknél feltárni, hogy mi a rossz teljesítmény oka; végképp nem tudjuk az egészségügyi rendszer egészét értékelni és összehasonlítani, akár időben, akár más országokkal.

Nem állítom, hogy ezek a kérdések könnyen megválaszolhatóak, és részben egyet is értek azzal, hogy a járványkezelés kiértékelése távlatot és rálátást igényel, de nem teljes mértékben: ha valamit rosszul csinálunk, azt jó minél hamarabb kideríteni, mielőtt túl sokáig csináljuk tovább rosszul.

Nem értek egyet azzal a filozófiával sem, hogy azzal törődünk, hogy nem igaz, hogy a legrosszabbak vagyunk: abból nem lehet tanulni, hogy van, aki még rosszabb. Abból lehet tanulni, ha azt nézzük, hogy mondjuk Dánia a járvány teljes időtartamát lehozta zéró többlethalálozással. Ez min múlt? Azon, hogy 2021 októberig mi 6,5 millió koronavírus-tesztet csináltunk, a 6 milliónál is kevesebb lakosú Dánia 41 milliót? Azon, hogy Dánia a levett minták 47,9%-át vetette genetikai vizsgálat alá és töltötte fel nemzetközi adatbázisba, amiből a variánsok elterjedését monitorozni lehet, mi 0,052%-át? (Pár további szám összehasonlításként: Etiópia 0,061%, Banglades 0,189%, Afganisztán 0,064%.) Azon, hogy mi 3,5 liter tömény alkoholt iszunk meg évente, a dánok 1,6-at? Azon, hogy Dániában 2700 nővér, ápoló, egészségügyi szakdolgozó jut százezer lakosra, nálunk kevesebb, mint 1000? Félreértés ne essék, nem tudom biztosan én sem, hogy mi a magyarázat, de azt biztosan tudom, hogy az erről való diskurzus előre viszi az országot. Az, hogy a középmezőnyben vagyunk, úgyhogy akkor menjünk is tovább, nem viszi előbbre az országot.

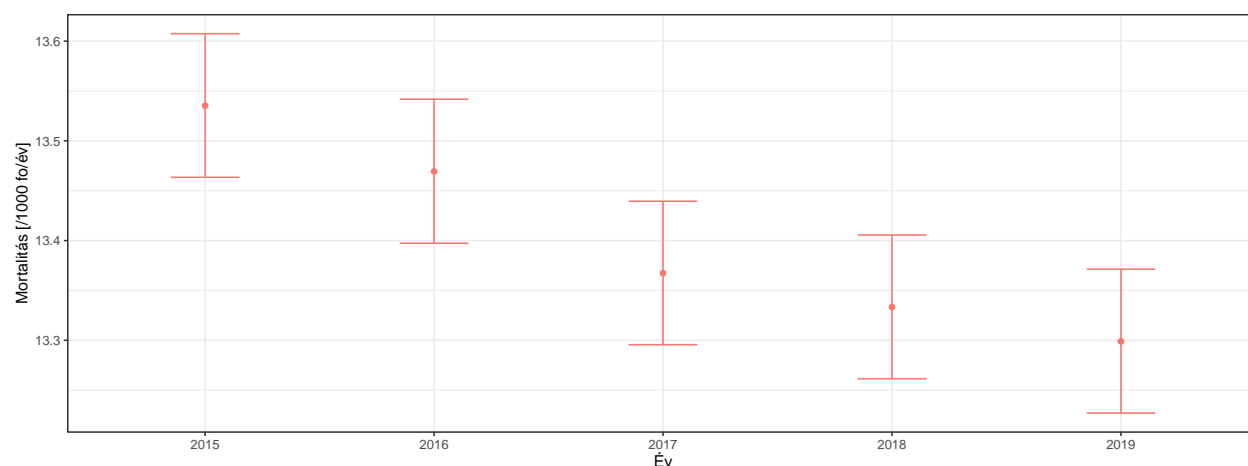
## Módszertani kérdések

A számítás elvégzése néhány alapvető módszertani kérdés megválaszolását teszi szükségessé, melyeket érdemes külön is megtárgyalni.

### A várt halálozások előrejelzése

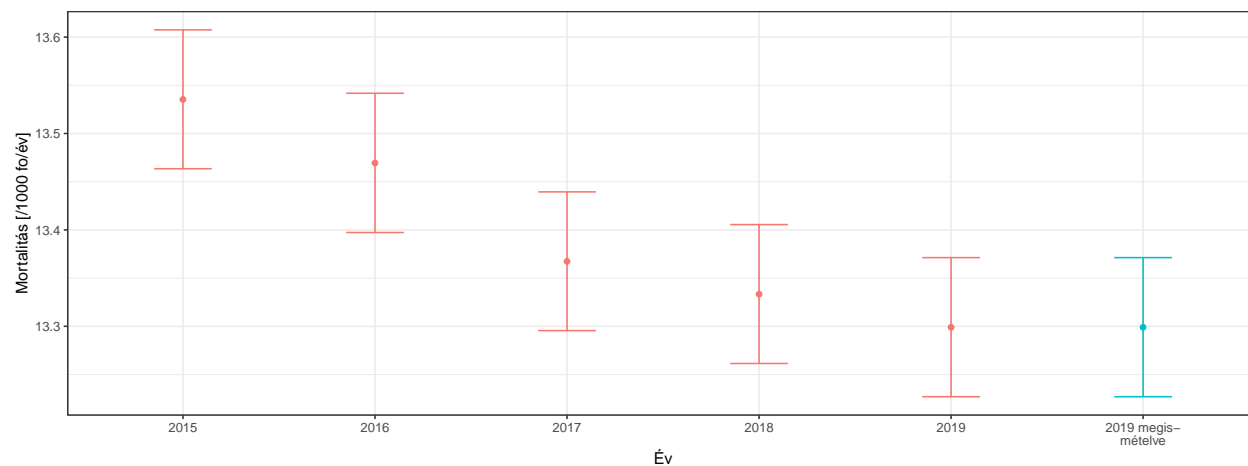
Mint láttuk, az egész többlethalálozási mutató kiindulópontja annak megmondása, hogy járvány nélküli mennyi halálozás lett *volna*, amit módszertanilag úgy oldunk meg, hogy a korábbi – és emiatt járvány által nem befolyásolt – adatokból készítünk egy statisztikai előrejelzést. Éppen ezért fontos alaposan megérteni, hogy milyen lehetséges módszerek vannak előrejelzések készítésére, ezeknek mik az előnyei és hátrányai.

A továbbiak szemléltetéséhez tekintsünk egy példa országot, melynek a 2015 és 2019 között halálozási rátái a következő szerint alakultak (a függőleges tengelyen az ezer főre jutó halálozások száma van, az értéket megadó pont körüli tartomány az ún. 95%-os konfidenciaintervallum, mely az érték bizonytalanságát jelzi – minél szélesebb az intervallum, annál kevésbé tudjuk az adott értéket pontosan meghatározni):



Az egyszerűség kedvéért tételezzük fel, hogy évi adatunk van, és a járvány pontosan 2020 elején kezdődött. Nézzük meg ezen képzeletbeli ország példáján a legtipikusabb megoldásokat a 2020-ra vonatkozó előrejelzés készítésében!

Az első lehetőség, hogy a 2019-re vonatkozó adatokat egy az egyben átvesszük mint a 2020 becslése:

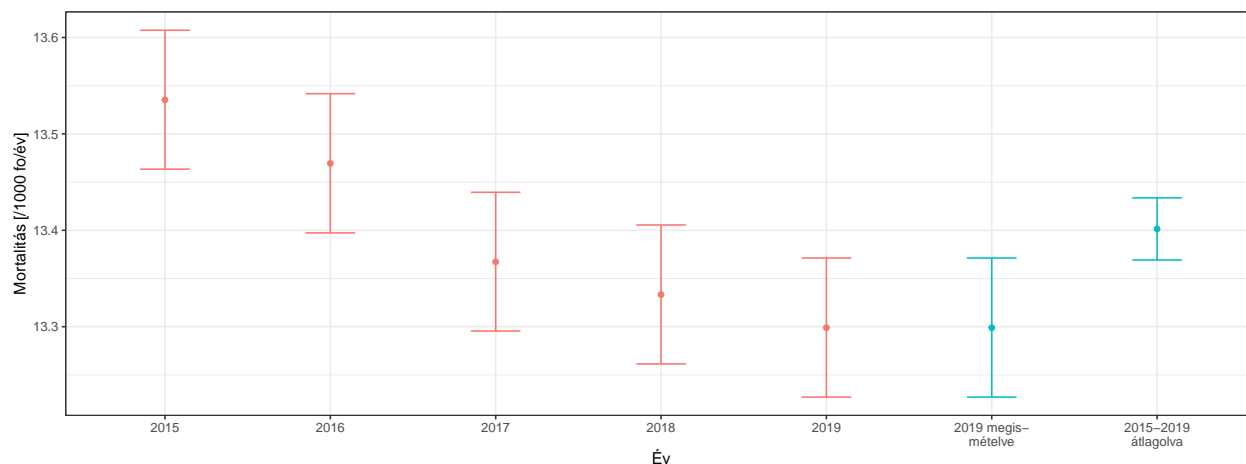


Ennek a módszernek az előnye, hogy mivel a legközelebbi értéket veszi át, így nem érinti annyira érzékenyen, ha a mortalitásoknak hosszútávú trendje van – márpedig általában van. (Bár azért érezhető, hogy még így sem tökéletes a helyzet, hiszen a példában azt érzi az ember, hogy valójában még ennél is lejjebb volt a várható, mivel egy folyamatos csökkenésben vagyunk.) A hátránya, hogy egyetlen év adatait használja,



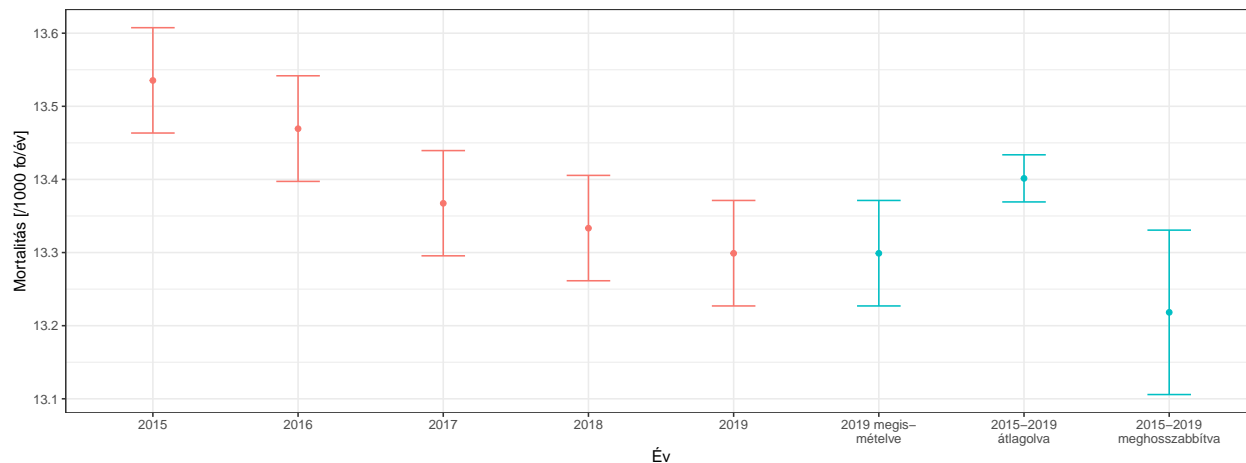
így nagyobb a bizonytalansága: a mortalitási adatokban lényeges évről-évre történő véletlen ingadozás van (mikor volt épp egy rosszabb influenza-szezon, mikor egy jobb stb.); emiatt egy év adata szükségképp nagyobb bizonytalanságot jelent.

A második tipikus módszer, hogy a néhány – például öt – megelőző év átlagát veszik várt halálozásnak:



Ez olyan szempontból jobb, hogy az eredmény biztosabb, mivel a több év átlagolása lecsökkenti a véletlen ingadozásokat. (Jól látszik, hogy a konfidenciaintervallum is szűkebb, jelezve, hogy pontosabban becsült értéket kaptunk.) A nagy problémája is látszik azonban az ábrán: ha hosszú távú trendje van a halálozásoknak, akkor az átlag nagyon félrevezető lehet; jelen esetben a korábbi nagy értékek miatt torz módon magas lesz.

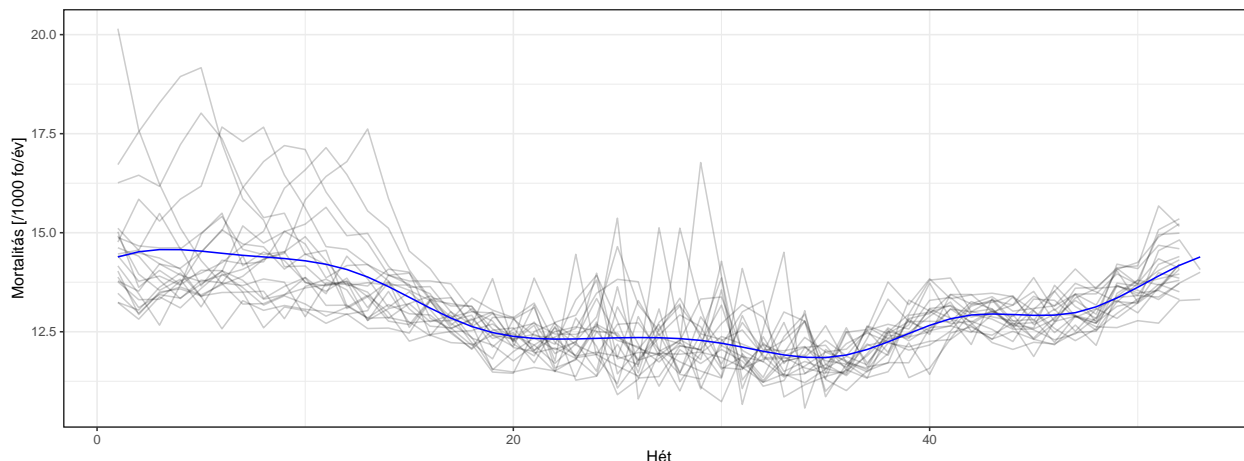
Így jutunk el a harmadik megoldási lehetőség ötletéhez: rakjunk egy vonalzót a megelőző 5 év adatára és hosszabbítsuk meg ezt az egyenest! Egyszerűen a halálozási rátákkal elvégezve ezt az alábbi eredményhez jutunk:



Ez megfelel a „szabad szemre” történő várakozásunknak arra, hogy hol lenne a következő évi eredmény, viszont cserében a bizonytalansága is a legnagyobb.

A jelen esetben, mivel rengeteg adat áll rendelkezésre, így a fenti értelmű – mintavételi – bizonytalanság kevésbé fontos szempont, viszont az kritikus, hogy a torzítottságot igyekezzünk elkerülni. Emiatt a harmadik megoldás tűnik a legserencsésebbnek.

Természetesen a valóságban egy sor bonyolító tényezővel kell számolni. Egyrészt nem éves adataink vannak, hanem haviak, jobb esetben hetiek (legjobb esetben napiak), ilyenkor el kell számolni az éven belüli mintázattal. A mortalitásnak ugyanis van egy jellegzetes éven belüli alakulása, úgy szokták mondani, szezonális; az alábbi ábra ezt szemlélteti a járvány előtti magyar adatokkal (a kék görbe mutatja az összes adat simítását, a halvány fekete görbék az egyes évek adatait):



Heti adatok használatánál tehát ezzel a mintázattal el kell számolni. (Napi adatok használatánál még a héten belüli mintázattal is.)

A második probléma, hogy a valóságban nem pontosan az évhatárnál van a járvány kezdete. A gyakorlatban ez általában azt jelenti, hogy a számítási algoritmusnak meg kell adni, hogy teljesen pontosan mely adatokat használja fel a várt halálozás becslésére. Semmiféle problémát nem jelent, ha ez nem az évhatár: ha 2020 márciusig használjuk fel az adatokat, akkor azokból becsüljük a hosszú távú trendet és a szezonalitást, nincs jelentősége, hogy ez nem évhatárra esik. (A becsléshez így minden információt kinyerünk, például még 2020 első két hónapját is a szezonális mintázat becsléséhez.) Adott esetben még az sem kötelező, hogy ez a fenti módon nézzen ki, tehát, hogy egy ideig használjuk az adatokat, utána meg nem, nyugodtan megadhatunk több tartományt is, amiket használunk a modell – és ebből fakadóan a várt halálozás – becsléséhez.

És végezetül egy általános megjegyzés. A fentiekből is látható, hogy a többlethalálozás módszere nem alkalmazható akkor, ha nagyon hosszú időtartamú a járvány. Ekkor ugyanis nagyon messzire távolodunk a tényadatoktól és lehetetlen lesz értelmes előrejelzést tenni, amivel a várt halálozást felállíthatnánk. Ha – persze csak elméleti példaként... – 10 évig tart egy járvány, akkor a végén már nagyon megkérdőjelezhető lesz a többlethalálozási eredmény, hiszen a járvány nélküli adat becsléséhez 10 évvel korábbi adatokat fogunk felhasználni, ami alapján aligha lehet kijelenteni, hogy mi a várt érték, annyira odébbmászhattak a járványtól független mortalitási tényezők.

### Acosta és Irizarry módszerének technikai részletei

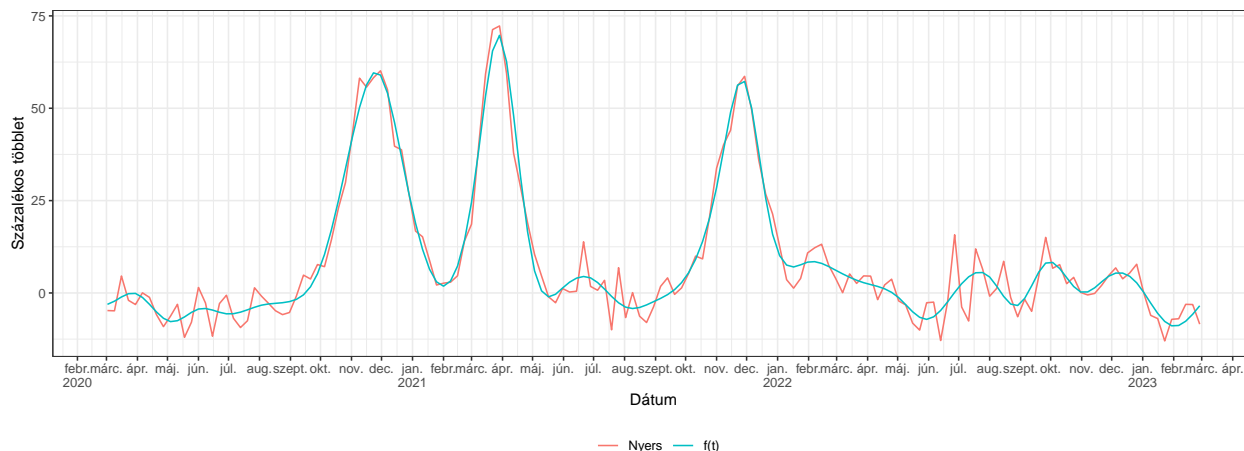
Az általam a számításokra használt eljárás a fenti harmadik módszer (görbeillesztés- és hosszabbítás) filozófiájának felel meg, csak azt jóval szofisztikáltabban vitelezi ki; Rolando J. Acosta (Harvard University) és Rafael A. Irizarry (Dana-Farber Cancer Institute) 2020-ban publikálta.

Nagyon röviden és nagyon technikai szinten a következő történik. Először is kell egy valószínűségi modell, ez a következő lesz:  $Y_t | \varepsilon_t \sim \text{Poi}(\mu_t [1 + f(t)] \varepsilon_t)$ , ahol  $\varepsilon_t$  nem feltétlenül fehérzaj, lehet autokorrelált, az adatok autokorreláltságának elszámolására (a napi adat erősen az, a heti nem feltétlenül), legyen többváltozós normális  $\text{AR}(p)$  szerinti kovarianciamátrixszal és  $\mu_t = N_t \exp[\alpha(t) + s(t) + w(t)]$ , ahol  $\alpha(t)$  a hosszú távú – lassan változó – trend,  $s(t)$  az éven belüli mintázat (szezonálitás),  $w(t)$  pedig a hét napja hatás (ha napi adatunk van), és  $N_t$  a háttérpopuláció.

A modell felállítása logikus, hiszen a halálozások száma darabszám jellegű adat, erre csakugyan a Poisson a legszokványosabb választás. (A Poisson az overdiszperzió kezelésére kvázi-Poisson eloszlásra cserélhető; a lenti elemzés is így készült.) Látható, hogy  $f(t)$  a keresett többlet (szorozóként lép be, hiszen log-link mellett multiplikatív az egész modell). Explicite nem ráta van benne, de lényegében igen, hiszen offszetként felhasználjuk a háttérpopuláció lélekszámát.

Az  $f(t)$ , tehát a (százalékos) többlet kapcsán fontos megemlíteni, hogy ezt az eljárás igyekszik úgy becsülni, hogy bár az alakja általános, akár még szakadása is előfordulhat, de ahol lehet, ott sima legyen. A nyersen

számolt többlet ( $Y_t - \mu_t$ ) ugyanis a véletlen hatások miatt elég zajos lehet, így az  $f(t)$  használata lényegében egy simítást jelent. Ez szemléletesen látszik, ha ábrázoljuk a kettőt, például a magyar adatokon:



A többlet abszolút értékének számítása természetesen már  $f(t)$  alapján történik (tehát  $\mu_t \cdot f(t)$  és nem  $Y_t - \mu_t$  alakban). A **res** adattáblában **y** néven érhető el a nyersen számolt (százalékos) többlet, **increase** néven  $f(t)$  és **excess** néven az  $-f(t)$ -vel számolt – többlet.

A modell becslése cseles, alapvetően maximum likelihood, de elég komplex, mert óvatosan kell eljárni ( $\varepsilon_t$  is elég általános, és  $f(t)$  is nézhet ki furcsán, például lehet szakadása).

A modellt most összesített adatokon futtatom (tehát nem pedig rétegzett, például életkor és nem szerint rétegzett adatokon). Szemben azzal, amit az ember első ránézésre gondolna, hogy ti. az életkori és nemi összetételek eltérése miatt ez hiba lehet, ez valójában nagy bajt nem okoz, különösen, ha a várthoz viszonyított relatív eltéréseket használjuk (lásd következő pont). Mégis lehet valamennyi értelme a rétegzésnek, de egy kevésbé fontos ok miatt: ha a hosszú távú trend, vagy szezonális eltér az egyes rétegek között.

## Relatív és abszolút eredmények

A többlethalálozást eddig úgy kezeltük mint a tényleges és a várt halálozás különbsége, tehát egy – főben mért – abszolút szám. Csakugyan ez az egyetlen, ami teljesen aggálytalanul kiszámítható, ám problémája, hogy nem vethető össze országok között, hiszen a nagyobb országokban nyilván nagyobb lesz a többlethalálozás, akkor is, ha valójában nem rosszabb a helyzet. Mit tehetünk?

A természetes ötlet a relatív mutatóra való áttérés, ezen belül is a legtermészetesebb gondolat az ország lélekszámával való leosztás; számos más esetben is szinte automatikusan ezt tesszük. (Például a fertőzöttszámok vagy a halálozási számok esetében is!) Itt azonban nem biztos, hogy ez a legszerencsésebb választás.

A probléma az, hogy a lélekszám érzéketlen arra, hogy mennyi az alaphalandóság az adott országban. Tekintsünk két, 10 milliós országot, amelyek egyikében évi 100, a másikban évi 150 ezer ember hal meg (mondjuk mert az utóbbiban több a krónikus beteg, vagy akár csak azért, mert idősebbek a lakosok). Ez esetben ugyanannyi többlethalálozás relatív téve is ugyanolyan eredményre vezet, noha az ember azt érzi, hogy adott többlethalál jobban számít az első országnál, mint a másodiknál.

Éppen ezért gyakran a többlethalálozások számát nem a lakosság számára, hanem a várt halálozás-számra osztják rá. Ez egyfelől ugyan bevisz a dologba egy plusz bizonytalanságot, hiszen egy becsült, bizonytalansággal terhelt értékkel osztunk, de cserében van egy hatalmas előnye. Ez pedig az, hogy mivel a várt érték már *eleve* tükrözi az ország alaphalandóságát, és így minden azt befolyásoló tényezőt (kezdvé a korfával, de nyugodtan felsorolhatjuk a krónikus betegségeket, a környezeti tényezőket, szociális viszonyokat, egészségügyi ellátórendszert stb.), így a hányadossal kapott relatív érték nagyon jól összehasonlítható lesz országok között, még akkor is, ha ezek a tényezők eltérnek (mint ahogy nagyon is el fognak térni minden valós esetben).

## A számítások részletei, kiegészítő elemzések

Ebben a szakaszban közlöm a teljes elemzést, mindenhol megadva a számításokat végző kódot is, a nyílt – és reprodukálható – tudomány filozófiájának megfelelően. Én általában is ennek vagyok a híve, de a jelen esetben, egy népegészségügyileg kritikus helyzetben, azt gondolom, hogy ez kiemelten fontos. Három ok miatt vagyok a híve ennek a filozófiának: az első, hogy ez a fajta transzparencia növeli a bizalmat a kutatási eredmények iránt, hiszen azok így többé már nem felkent papoktól érkező kinyilatkoztatások, a második, hogy biztosabbá teszi az eredményeket, mert így, ha elrontottam valamit, azt az egész világ látni fogja, és így sokkal valószínűbb, hogy kiderül és hamar kiderül (igen, rosszul fogom magam érezni, ha kiderül, hogy hibáztam, de még sokkal rosszabbul érezném magam, ha *nem* derül ki, és mindenki elhiszi a rossz eredményeket), végezetül a harmadik, hogy ezzel is szeretném segíteni a többi kutatót és az érdeklődő laikusokat hasonló számítások elvégzésében, mivel itt látnak egy lehetséges példát.

A számítások aktualizálásának dátuma: 2023-04-12. A többlethalálozást számító csomag (**excessmort**) verziószáma 0.6.1, az Eurostat-tól adatokat lekérő csomagé (**eurostat**) pedig 3.8.2.

### Adatok előkészítése

Elsőként betöltjük a szükséges könyvtárakat, elvégzünk pár egyéb technikai előkészületet:

A mortalitási adatokat az Eurostat-tól kérjük le (**demo\_r\_mwk\_ts** adatbázis), az **eurostat** csomag használatával. Az EU és EFTA országok adatait kérjük le, illetve az Egyesült Királyságét, hiszen a vizsgálati időszak elején még az is EU tagállam volt. Ennek deklarálása azért is fontos, hogy látszódjon: az országok körét nem önkényesen választottuk meg.

Az Egyesült Királyság adatsora sajnos 2020 végén, a kilépésükkel megszakad, így ott, egyedüli kivételként, a Short Term Mortality Fluctuations (STMF) adatbázisból kérjük le az adatokat.

Csak azokat az országokat tartjuk meg, ahonnan legalább 250 hétnyi (tehát kb. 5 évnyi) visszamenőleges adat elérhető 2020 előttről, azaz a járvány előtti érából is, hogy kellően megbízható várt halálozási becslést tudjunk készíteni. Szerencsére ezzel mindössze egyetlen egy országot veszítünk, Írországot. (Írország az STMF-ben nem szerepel, a másik nagy halálozási adatbázisban, a WMD-ben igen, de ott is csak 2015-től, és csak havi, nem heti adatokkal, így semmilyen módon nem tudjuk megmenteni e vizsgálathoz.)

Végezetül kikódoljuk az évet és a hónapot is:

A megmaradt, és a későbbi elemzésben felhasznált országok listája, a rövidítéseikkel együtt, amik az ábrákon a helytakarékoság végett szerepelni fognak:

Kód	Angol név
AT	Austria
BE	Belgium
BG	Bulgaria
CH	Switzerland
CY	Cyprus
CZ	Czechia
DE	Germany
DK	Denmark
EE	Estonia
EL	Greece
ES	Spain
FI	Finland
FR	France
HR	Croatia
HU	Hungary
IS	Iceland
IT	Italy

Kód	Angol név
LI	Liechtenstein
LT	Lithuania
LU	Luxembourg
LV	Latvia
MT	Malta
NL	Netherlands
NO	Norway
PL	Poland
PT	Portugal
RO	Romania
SE	Sweden
SI	Slovenia
SK	Slovakia
UK	United Kingdom

Csinálunk egy átnevezést, hogy később egyszerűbb legyen az illesztés:

(Frissítés, 2021. június 27. Korábban az Eurostat 99-es hét alatt hozta a héthez nem rendelt halálozásokat. (Ilyen csak kevés országnál fordul elő, és ott sem sok halálesettel). Ez azonban június végén megszűnt, a leírás alapján ezek az adatok, ha kellenének is valamire, külön táblában vannak, így a fő táblában 99-es hét már nem fordulhat elő. Emiatt ezek kezelésére sincs többé szükség.)

Dátumként az adott hét első napját használjuk; fontos, hogy az ISO 8601 szerinti hétbesorolást használja az Eurostat, amit az `ISOweek` csomag kezel:

A háttérpopuláció létszám adatait szintén az Eurostat-tól kérjük le (`demo_pjan` adatbázis); szintén összes nemre és életkorra együtt:

Ez minden év január 1-re vonatkozóan tartalmazza a lélekszámokat, ebből úgy kapjuk meg az egyes hetek adatait, hogy egy spline illesztünk rá, és abból kérjük le a megfelelő napokat. Ehhez az `mgcv` csomagot használjuk; a dátumot pedig numerikussá kell alakítanunk, hogy át tudjuk adni magyarázó változóként.

## A többlethalálozás becslése

A többlethalálozás becsléséhez kizárjuk a mostani járvány időszakát (az alapráta meghatározásához), majd az `excessmort` csomaggal elvégeztetjük a számításokat. Kiszedjük a tényleges és a várt halálozást, a nyersen számolt és modellel simított többletet, a többlet abszolút értékét, illetve ez utóbbihoz standard hibát is számolunk (ezt kénytelenek vagyunk kézzel megtenni), bár a mostani számításban nem lesz rá szükségünk. Először beállítjuk az érzékenységvizsgálat paramétereit:

Majd elvégezzük a tényleges számítást:

Egyesítjük a többlethalálozási adatbázist a korábbi adatokkal, leszűrjük a járvány időszakára, és kizárjuk az 1 millió lakosnál kisebb országokat (mert később lélekszámmra akarunk osztani):

Kiszámoljuk a – járvány eleje óta – kumulált többletet, illetve a populációból is egy átlagot:

A `geo` átalakítjuk faktorrá, és beállítjuk, hogy Magyarország az utolsó legyen, hogy az ábrázolásnál az kerüljön a legtetejére:

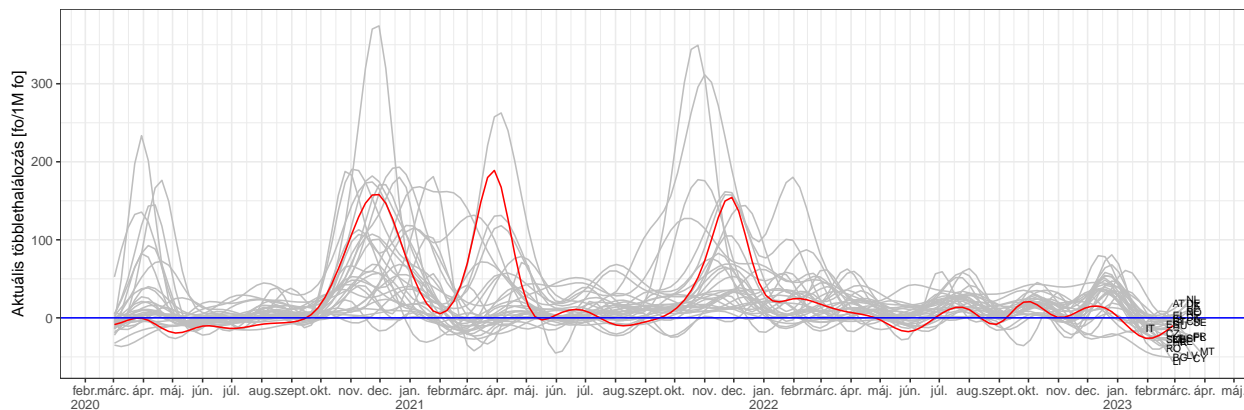
A térkép-adatokkal összekapcsoljuk az eredményeket, illetve kibővítjük azokat az országok és megyék elnevezéseivel, hogy ne csak kódjaink legyenek:

Most, hogy minden adatfeldolgozással végeztünk, az eredményeket kimentjük, hogy más is kényelmesen fel tudja használni:

## Az eredmények ábrázolása, a kétféle relatív mutató viszonya

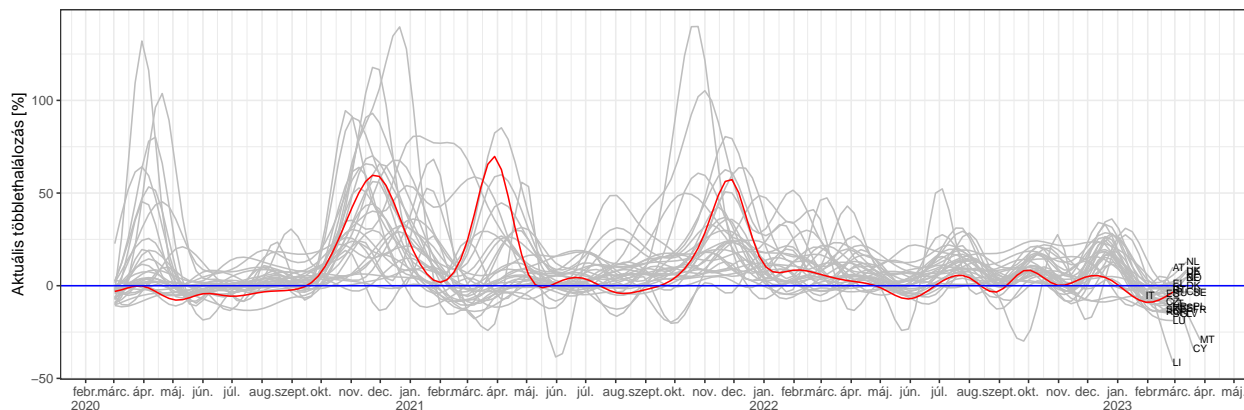
A lélekszámmra vetített ábrákat láthattuk az eredményeket bemutató részben. Most nézzük meg kicsit közelebből a kétféle relatívva tétel egymáshoz való viszonyát!

Emlékeztetőül, az aktuális többlethalálozás népességszámra vetített relatív mutatóként:



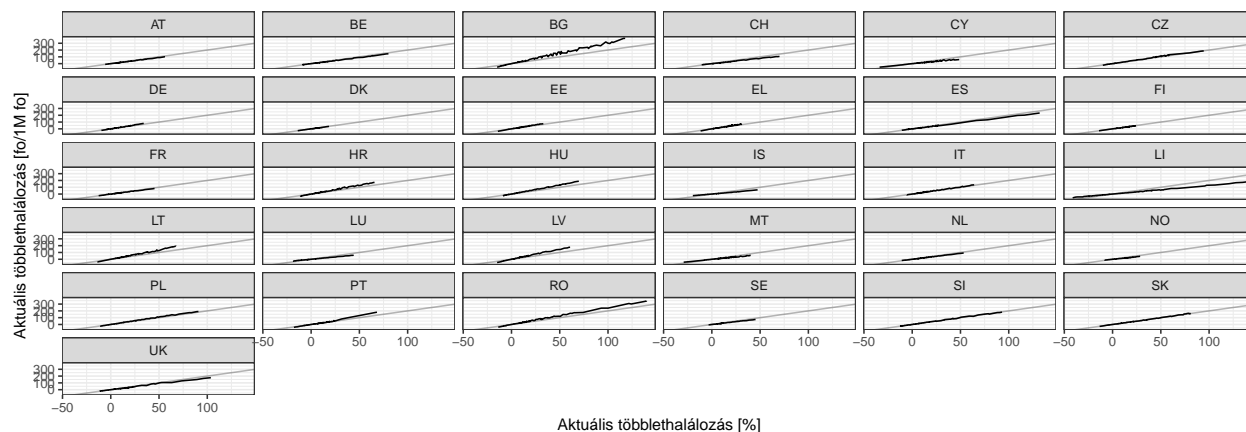
Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Ugyanez akkor, ha a várt halálozásra vetítünk:



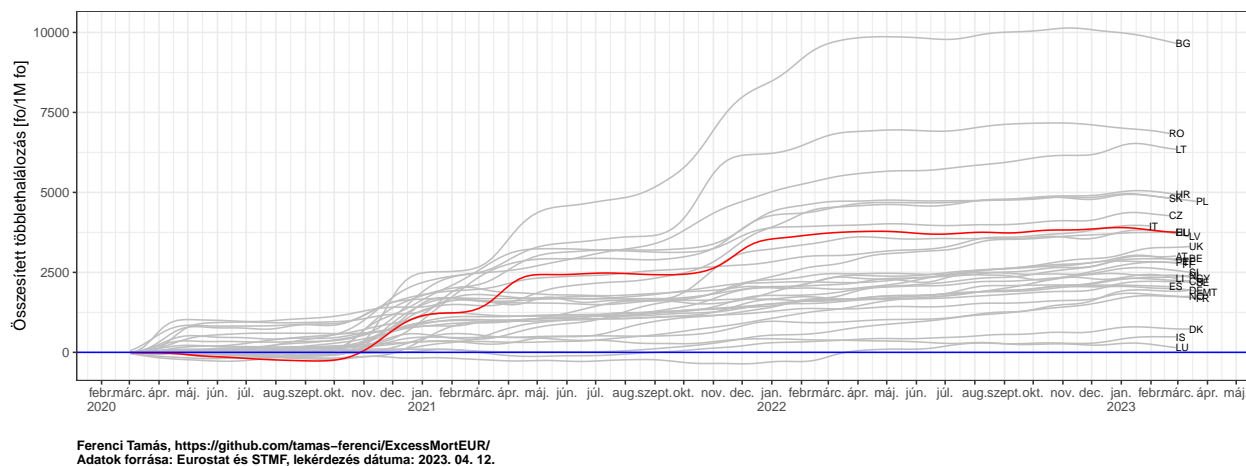
Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Látszik, hogy a kétféle relatív mutató között nincs nagy különbség. Kicsit direkterben is összevethetjük őket, ha országonként külön-külön ábrázoljuk, egymással szemben:

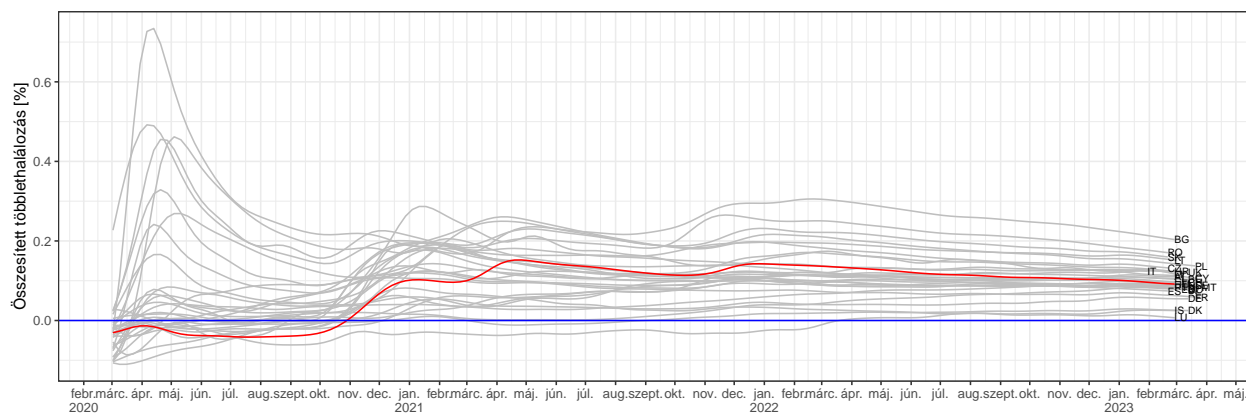


Az ábra az origón átmenő, 2 meredekségű egyenest tünteti fel a viszonyítást segítőként. (Miért pont erre illeszkednek jól? E szerint a 100% többlet – azaz épp a halálozás – 200 fő/M főnek felel meg. De vigyázat, ez heti adat, így az éves az  $52 \cdot 200 = 10400$ , ami ezer főre vetítve 10,4, és csakugyan ennyi nagyjából az európai országok nyers halálozási rátája.) Ez egyúttal arra a korábban is tárgyalt jelenségre is rámutat, hogy mi a lélekszámmra vetítés jellegzetessége: függ a nyers halandóságtól. Ilyen szempontból a várt halálozásra való vetítés jobb, de mint láthatjuk, a különbség európai viszonyokon belül nem nagy. A várt értékre való vetítés hátránya, azon a már említett szemponton túl, hogy egy eleve becsült értékkel oszt, egyrészt az, hogy nem vethető közvetlenül össze a jelentett halálozással (hiszen más a mértékegységük is), másrészt pedig az, hogy nem nyilvánvaló a kumulálása (de azért megoldható, lásd következő pont).

Folytassuk most az összesített többlethalálozással. Emlékeztetőül a népességszámmra vetített ábra:



Kérdés, hogy mi a helyzet a várt értékre vetített mutatóval. A probléma a kumulálás, hiszen a százalékok természetesen nem adhatóak egyszerűen össze. Ha kicsit nyakatekertebb is, de van megoldás, külön kumuláljuk a többletet és a várt értéket, majd ezeket osztjuk el egymással:



Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

A kép természetesen itt is hasonló, de azért érdemes megnézni a különbségeket, mert szépen illusztrálják az elméleti mondanivalót. Vegyük például Olaszországot: a lélekszámra vetített ábrán jobb helyzetben van mint mi, itt viszont rosszabban. A magyarázat pontosan az, hogy más a nyers halandóság; az egész adatbázist tekintve Olaszországban 10.9 /1000 fő/év, míg Magyarországon ugyanez 13.3 /1000 fő/év. Azaz Olaszországban kevesebben halnak meg lakosságarányosan, így a várt halálozás is kisebb lakosságarányosan, és ez a magyarázat: ha kisebb számmal osztunk, akkor nagyobb értéket kapunk, és ezért kerülnek rosszabb helyzetbe mint mi.

(A mostani kérdés szempontjából nincs jelentősége, de azért fontos megjegyezni, hogy az előbbi számok *nyers* halandóságok – mielőtt valaki azt gondolja, hogy az, hogy nálunk nagyobb, önmagában azt jelenti, hogy itt rosszabb a helyzet, járványtól függetlenül. Ez nem igaz, simán lehetne még jó hír is, például ha nálunk idősebb a korfa; ezért van az, hogy a nyers mutatók rendkívül félrevezetőek lehetnek.)

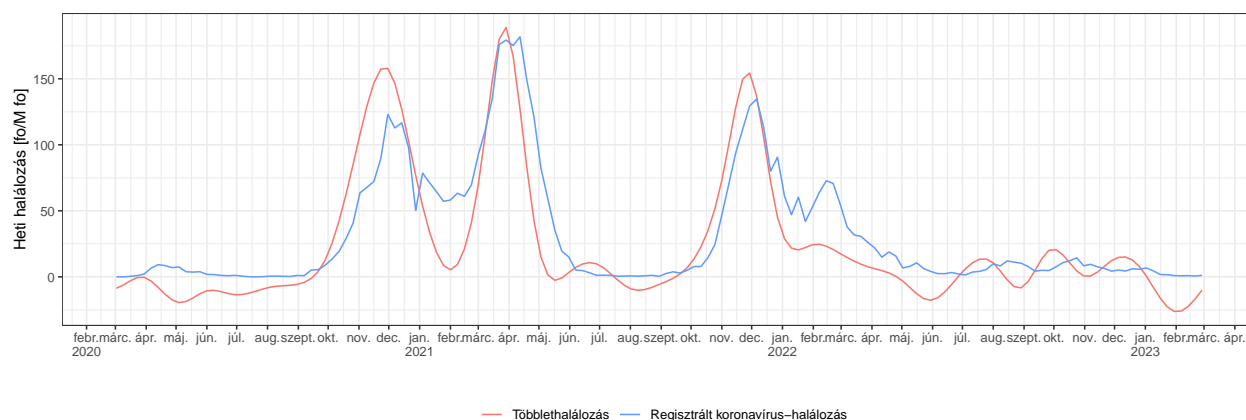
## Összevetés a jelentett halálozással

Következő lépésben kiszámoljuk a 3 betűs ISO-országkódot, a 2 betűs Eurostat kódból, hogy később az OWID adatbázissal lehessen egyesíteni:

A jelentett halálozás céljából letöltjük az OWID adatbázist, kikóduljuk ott is az évet és a hetet, majd ott is áttérünk heti adatokra:

Egyesítjük az előbbi táblával, és a jelentett halálozásokat itt is felkumuláljuk:

Megnézhetjük Magyarország példáján a kétféle adatsort:



Ferenci Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

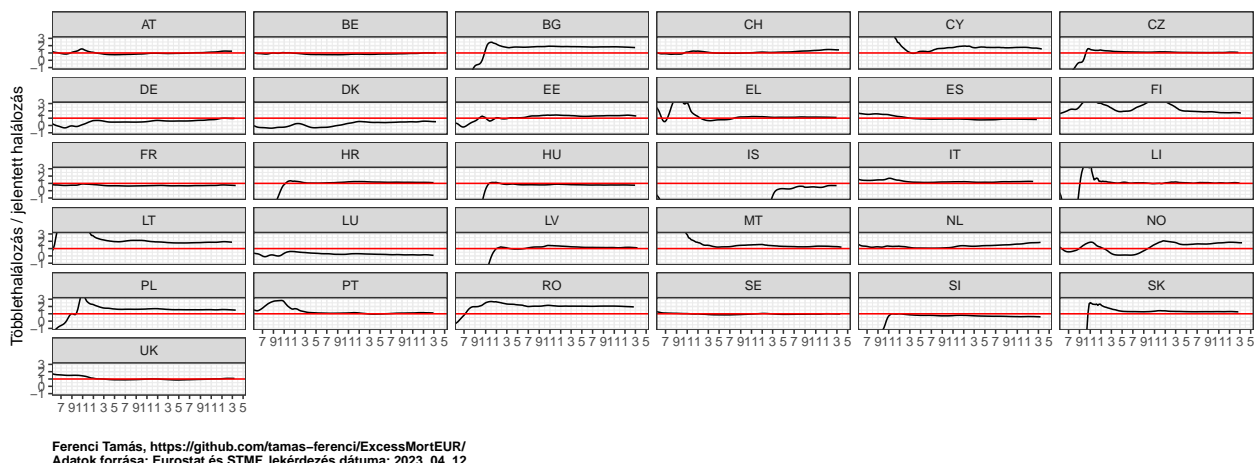
Érdekes, hogy a két görbének mind a csúcsa, mind az időbeli felfutása eltér egymástól, ráadásul az eltérés nem is egységes a különböző hullámokban. Ennek pontosabb vizsgálata fontos kérdés lenne, itt most csak



néhány – vélhetően – fontos szerepet játszó szempontra hívnám fel a figyelmet:

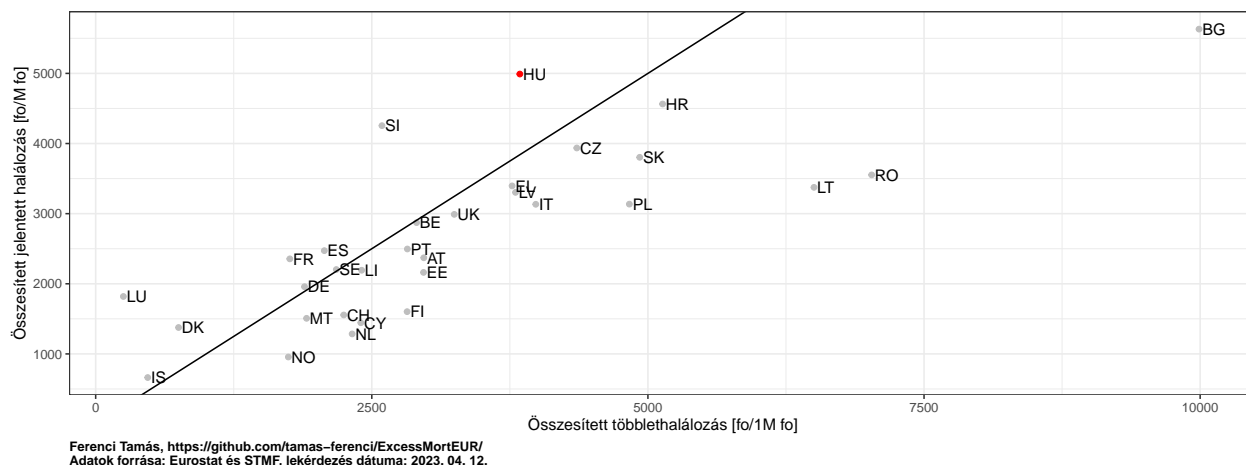
- A többlethalálozás két előnye közül a haláloki besorolás nem valószínű, hogy egy országon belül lényegesen változott volna időben, de a tesztelési intenzitás már megváltozhat időben.
- A járvány és annak kezelésének indirekt hatásai szintén nem biztos, hogy időben állandóak.
- A múltbeli adatokból becsült várt halálozási adatoknál szintén változhat időben a becslés jósága. Ennek legkézenfekvőbb oka az influenza-szezon (mely a legvalószínűbb magyarázat például arra, hogy február elején hogyan lehet, hogy nulla a többlethalálozás, miközben nagyon is van koronavírusos halálozás). Erre a kérdésre még egy külön pontban, jóval részletesebben visszatérek később.
- Végetekül fontos hangsúlyozni (sajnos a magyar adatközlés ezt nem teszi túl egyértelművé, így sokan félreértik), hogy a regisztrált magyar halálozásoknál a közlés dátuma az a halál *jelentésének* a dátuma, nem a *bekövetkezésének* a dátuma. Márpedig a kettő között akár tetemes különbség is lehet, pláne, ha épp a sok halálozás miatt elmarad az adminisztráció és torlódnak az adatok. Fontos lenne a kérdés számszerű vizsgálata is, tehát, hogy mikor mekkora különbség volt a kettő között és hogy nézne ki a halálozások görbéje a bekövetkezésük dátuma alapján megrajzolva; sajnos a magyar adatközlés ezt nem teszi lehetővé, ugyanis semmilyen adatot nem közöl nyilvánosan a bekövetkezés dátumáról. Megjegyzem, hogy ugyanez a kérdés a többlethalálozásnál is felmerül, szerencsére az Eurostat adatainál mindegyik általunk használt ország esetében, így Magyarországnál is, a bekövetkezés dátuma alapján gyűjt és közöl adatokat. Az egyedüli kivétel Anglia, ahol nem az Eurostat, hanem az STMF adatai szerepelnek, és azok Anglia esetében a jelentés dátuma szerint mennek (és az Eurostathoz leadott régi adataik is ilyenek voltak).

Vagy a kétféle adat viszonyát, pontosabban annak alakulását időben az összes országra:



Ezen az ábrán a többlet és a jelentett halálozás hányadosa látható, a piros vonal jelzi a kettő egyenlőségét, tehát a fölötte lévő érték jelenti azt, hogy a többlet meghaladja a jelentett halálozást, az alatta lévő azt, hogy kisebb a többlet, mint a jelentett.

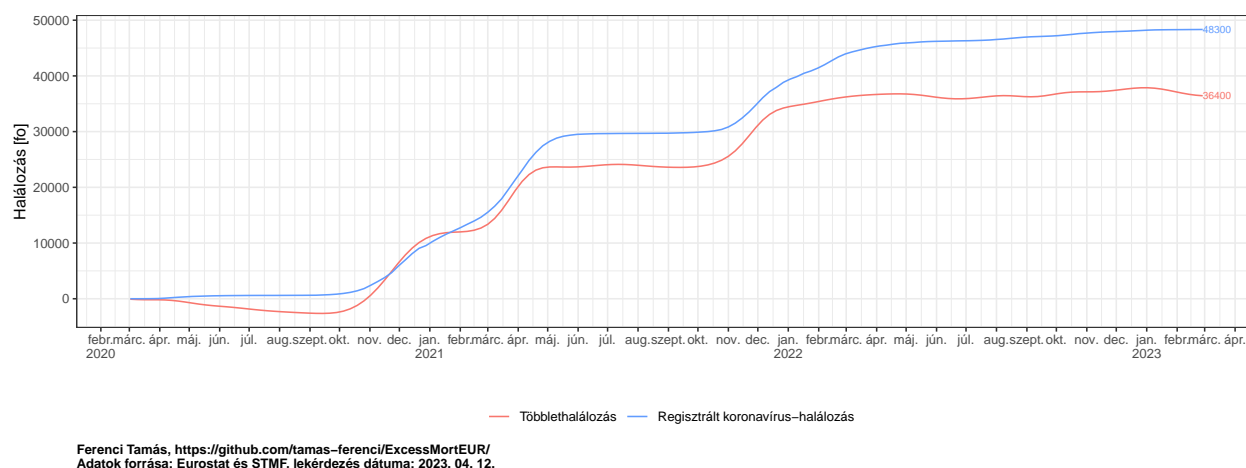
Érdekes lehet összevetni a kétféle mutatót az aktuális helyzet szerint. Amint korábban volt is róla szó, a többlethalálozás utolsó adatai nem véglegesek, ezért korrektebb egy régebbi állapotot nézni; vegyük az egy hónappal megelőzőt, amikor a regisztráltság már szinte tökéletes (a fekete vonal az egyenlőség vonala, ahol a többlethalálozás egyezne a jelentett halálozással):



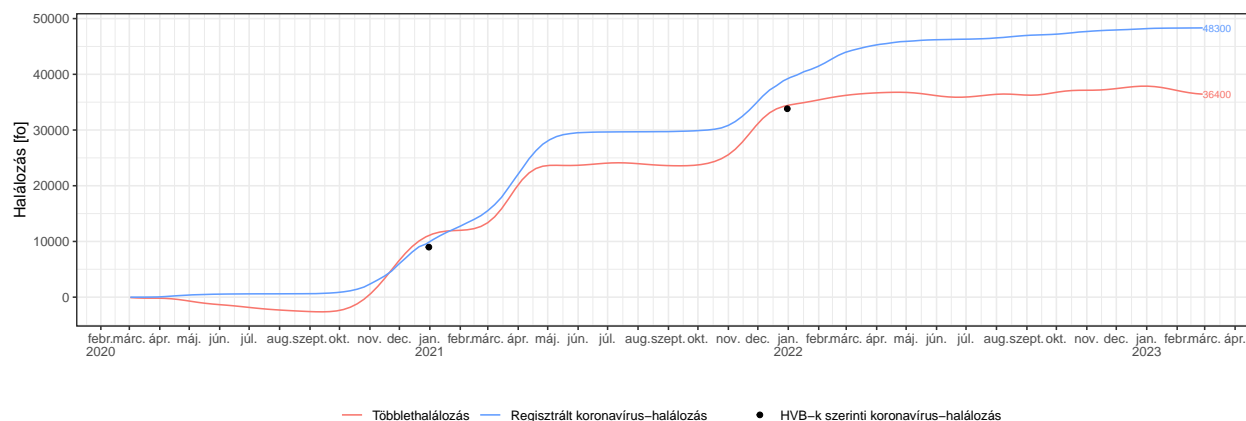
(Itt nem ugyanaz az időpont van az egyes országoknál, hiszen mindegyiknél a saját legrégebbi közölt adata az alap.)

Látszik, hogy az országok többségében a többlethalálozás meghaladja a jelentett (és ahol nem, ott is csak minimális a különbség). Ellenkező irányban azonban akár nagyon komoly eltérések is lehetnek.

Zárásként nézzük meg az összesített magyar helyzetet mindkét mutatóval, és a konkrét számokat is feltüntetve (szándékosan 100-ra kerekítve, hogy elkerüljük a túlzott pontosság hamis érzetét), most kivételesen abszolút skálán:



A korábban már felvázolt „lassú” adatszolgáltatási folyamatnak, tehát a HVB-k alapján történő, az Egészségügyi Világszervezet protokollját követő besorolásnak az éves eredményei vannak meg: a 2020 évi összesített adat szerint 8981 halálesetet, a 2021-es szerint 24838-at soroltak a mostani koronavírus miatt bekövetkezettnek. Érdeemes – pontokkal – ezeket is megjelölni az ábrán:



Ferenc Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Mint látszik, érdemi különbség sem 2020-ban, sem 2021-ben nincsen, az eredmény szépen egybecseng a másik két adatsorral. Ez fontos abból a szempontból, hogy cáfolja azt a vélekedést, miszerint a gyors regisztrálás „boldog-boldogtalant” koronavírusos halottnak sorol, szemben a precíz besorolással. Sajnos, mint volt is róla szó, a precíz szerinti adatokat mindig csak a következő évben tudjuk meg (és nem az elején).

## Összevetés a jelentett halálozással – magyar megyei adatok

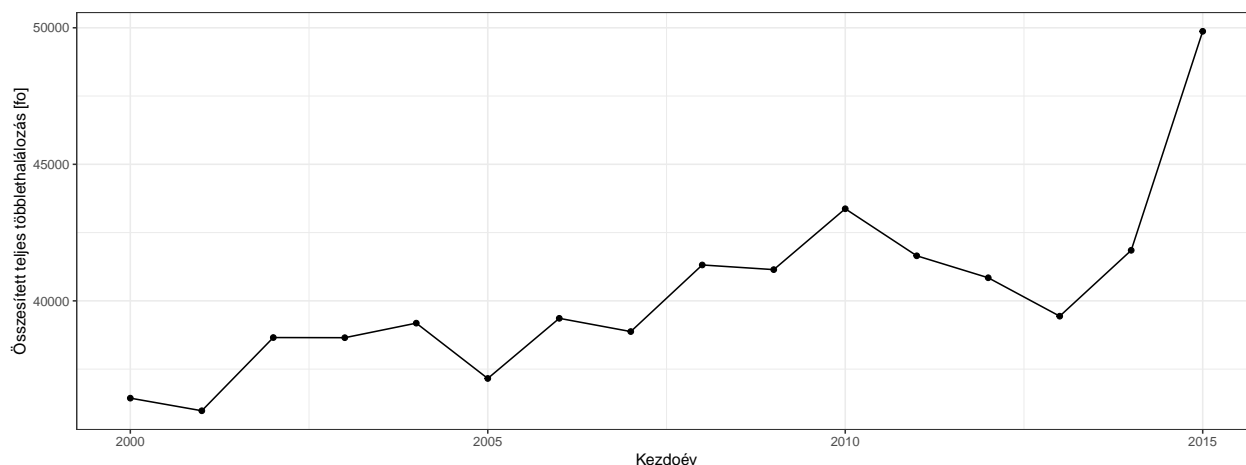
Bármennyire is kézenfekvőnek tűnik (és fontos is), ez sajnos nem oldható meg, hiszen Magyarországon nincs nyilvános adatközlés a halálozások területi eloszlásáról, még megyei szinten sem.

A fertőzöttekről ugyan van (mégpedig olyan módon, hogy a számokat egy képfájltra (!) felírják...), de annak összevetése kérdésesebb, hiszen – mint már volt róla korábban is szó – ott még közben van a halálozási arány is, ami miatt ez a kapcsolat áttételes.

## Érzékenységvizsgálat

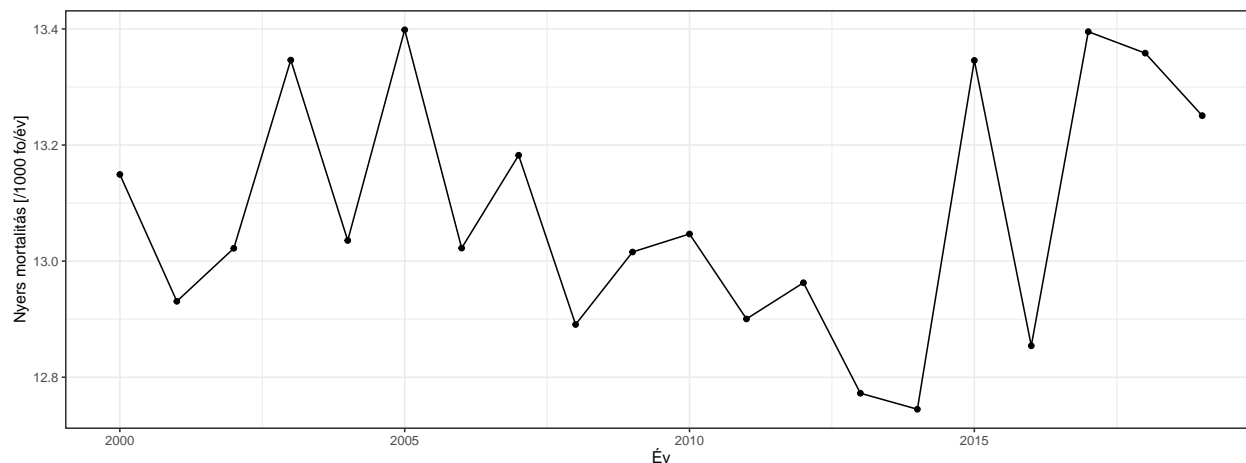
A korábbiakban is hangsúlyosan szerepelt, hogy az eredmény függ attól, hogy milyen módszerrel jelezzük előre a várt halálozást. Érdekes azonban még jobban megvizsgálni, hogy mennyire nem mindegy, hogy milyen módszert választunk – adott esetben még apróságoknak tűnő részletektől is nagyban függhet az eredmény.

Vegyük például lerögzítettnek, hogy Acosta és Irizarry módszerét használjuk, és csak azt módosítsuk, hogy mennyi múltbeli információt használunk a modell felállításához. Az Eurostat adatbázisban Magyarország adatai 2000-ig visszamenőleg érhetőek el; az fenti elemzések mind úgy készültek, hogy az összes adatot használták. De mi történik akkor, ha ezt leszűkítjük? A következő ábra azt mutatja, hogy mennyi a járvány teljes időtartamára kapott (abszolút) többlethalálozás, ha csak egy adott évig visszamenőleg használjuk fel az adatokat a várt halálozást előrejelző modell becsléséhez:

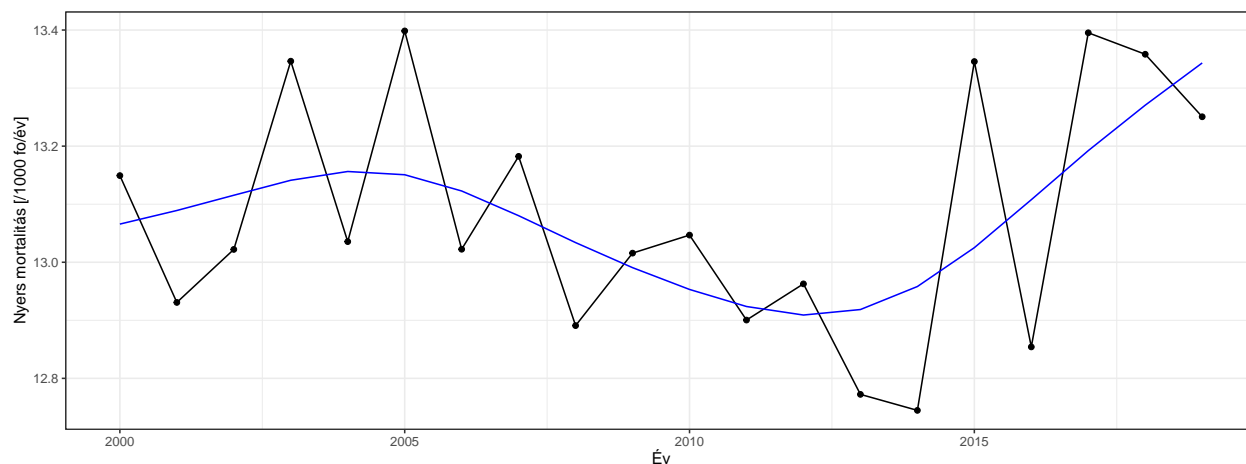


Látható, hogy a teljes (2000-ben kezdődő) adatsort felhasználva kb. 22 ezer fő a becsült többlethalálozás, ezt eddig is tudtuk, de ha 2015-től becsültetjük csak a várt halálozás előrejelző modellt, akkor máris több mint 26 ezer! Ekkora különbséget okozhat az a – elsőre talán nem túl nagynak tűnő – különbség, hogy felhasználunk 5 évnél is régebbi adatokat.

Mi ennek az oka? Azonnal megértjük, ha megnézzük a mortalitás alakulását Magyarországon. Az illusztráció kedvéért először számoljuk ki az éves adatokat (nyers mortalitásokat):

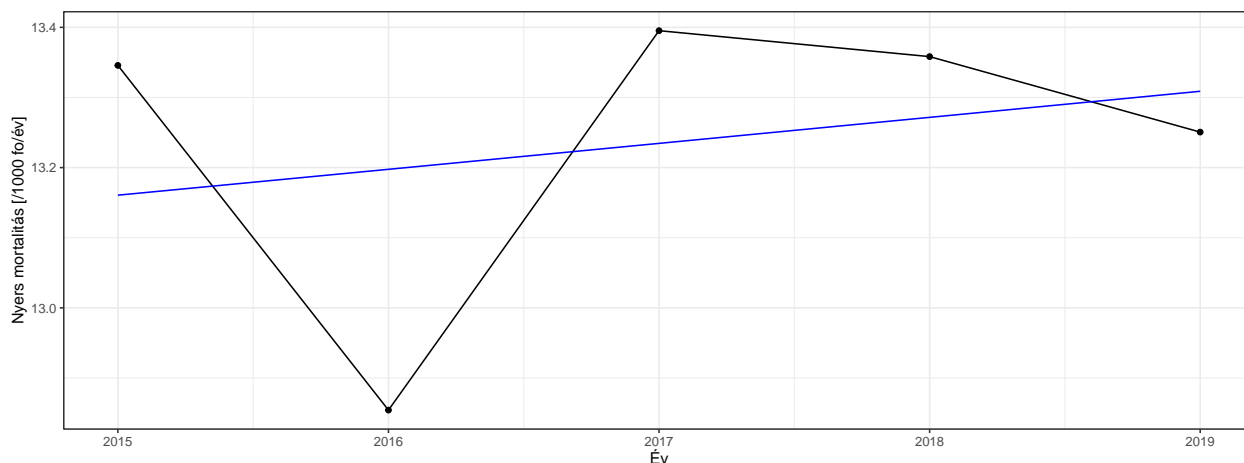


Ha erre az egész, 2000-ben kezdődő adatbázisra illesztünk hosszú távú görbét, akkor a legvégén egy gyorsan növekvő trendet fogunk látni:



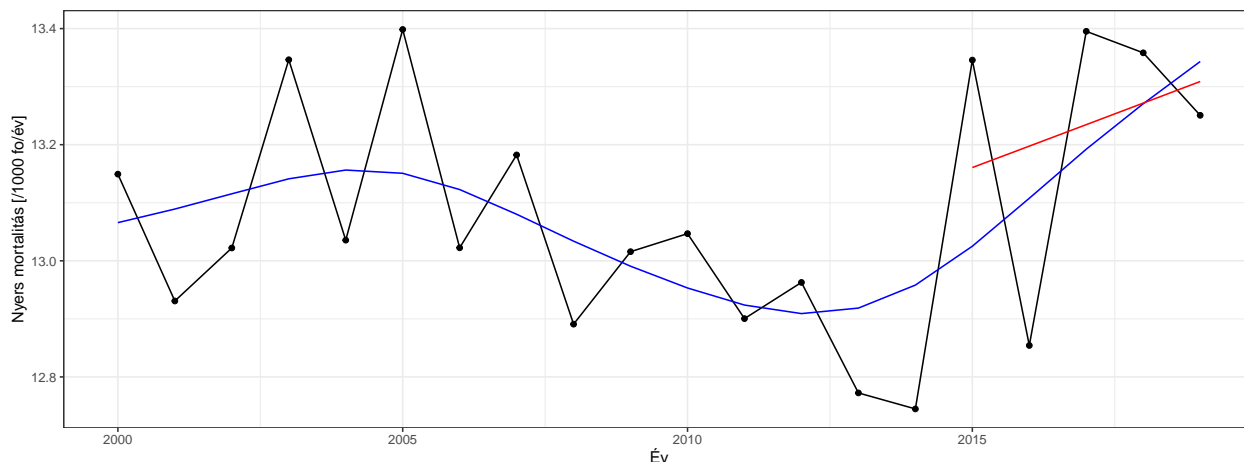
Ezt meghosszabbítva 2020-ra, 2021-re, pláne magasan levő alapvonalat fogunk kapni, amihez viszonyítunk – így a különbség is kisebb lesz.

Más azonban a helyzet, ha csak 2015-től nézzük a képet:



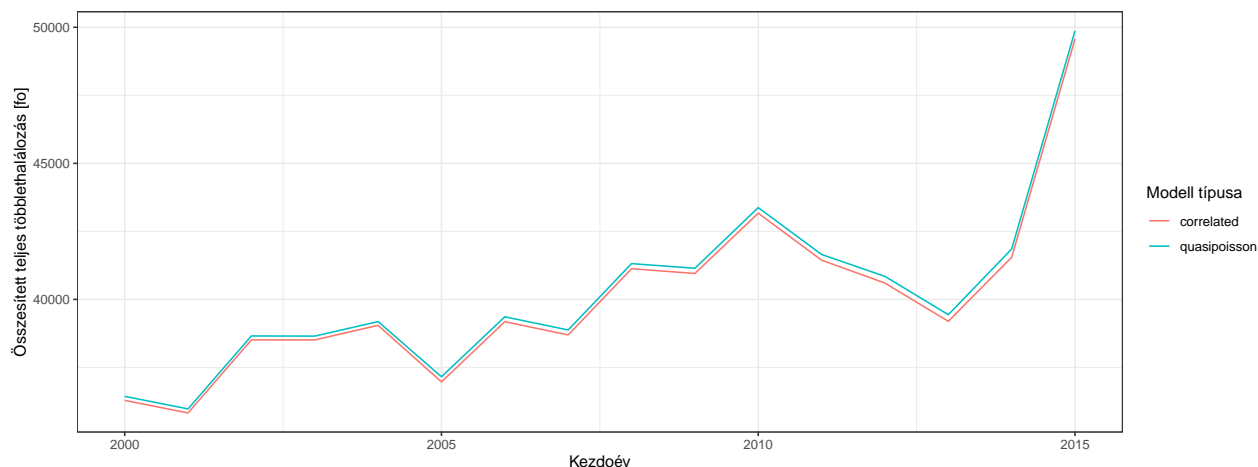
Ebben az esetben a végén csak egy sokkal-sokkal kisebb növekedés fog látszódni, így azt meghosszabbítva egy alacsonyabban lévő várt halálozást kapunk – amihez képest ugyanaz a tényleges halálozás természetesen nagyobb többletet fog jelenteni.

Még látványosabb, ha egy ábrán jelenítjük meg a kettőt:



A dolognak van egy nagyon fontos általános tanulsága: kritikus, hogy az ember érezze, hogy a többlethalálozási eredmények nem kőbevésettek. A fenti megállapítás az volt, hogy 22 ezer fő a többlethalálozás, de láthatjuk, hogy egy apró paraméter állításával, kicsit más előrejelző modellel ehelyett 26 ezret kapunk. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy akkor ezekkel a kérdésekkel nem is érdemes foglalkozni, hiszen bármi kijöhet, ellenkezőleg, nagyon is fontos végiggondolni, jelen példában, hogy milyen kezdőévtől használjuk az adatokat, de mindez felhívja a figyelmet arra, hogy túl nagy pontossággal nem érdemes megadni az eredményeket. (És persze arra is, hogy igenis van jelentősége a “technikai részletkérdéseknek” is!)

Az „érzékenységvizsgálat” kifejezés alatt tipikusan azt szokták érteni, hogy a végeredmény hogyan függ a felhasznált paraméterek értékétől. Természetesen nem csak a becsléshez használt adatbázis időtartama az egyetlen ilyen paraméter: az Acosta-Irizarry eljárás egy sor további paramétert is használ. Ugyanúgy megnézhetjük, hogy ezek változtatása hogyan hat az eredményre, például, hogy milyen típusú modellt választunk:



Ezt az eredményt úgy lehet leolvasni, hogy a kezdőévre érzékeny a végeredmény, de a modell típusára gyakorlatilag nem. És persze az is látszik, hogy mi a tartománya az eredményeknek: 22 ezer és 26 ezer fő között van a többlethalálozás, és immár mondhatjuk, hogy minden kezdőév-választás, és minden modell-típus-választás mellett.

Ez a fajta érzékenységvizsgálat volt a legáltalánosabb, mert a paramétereket úgymond kombinatorikusan használtuk fel, tehát minden lehetséges kombinációjukra kiszámítottuk a végeredményt. Ez ugyan tényleg teljesen általános, viszont cserében nagyon gyorsan elszáll a kombinációk száma, így néhány paraméternél többre már nem használható (részint mert hatalmas lesz a számítási idő, részint mert nagyon nehezen értelmezhető lesz a végeredmény).

Természetesen az sem kötelező, hogy csak az Acosta-Irizarry eljárás paramétereit vizsgáljuk, elvileg mellé lehetne rakni a korábban felvázolt egyéb modelleket is, ez is egyfajta érzékenységvizsgálat. Ez azonban jelen helyzetben nem feltétlenül értelmes ötlet, hiszen az érzékenységvizsgálatot olyan paraméterekre kell elvégezni, amelyek értékét nem tudjuk biztosan jól megválasztani; arra nem illik érzékenységvizsgálatot csinálni, amiről tudjuk, hogy nem jó választás (pl. az elmúlt néhány év átlagát használni).

### A direkt hatás elkülönítése: egy kísérlet az influenza-járvány kezelésére

Láthattuk, hogy a többlethalálozási mutató legnagyobb baja, hogy igazából *nem* a járvány direkt hatását méri. Szintén megbeszéltük, hogy két nagy baja van: hogy függ a várt érték előrejelzésétől, és hogy beleméri az eredménybe a járvány és kezelésének indirekt hatásait is. Mindezeket összegezve úgy fogalmazhatnánk, hogy többlethalálozás = direkt hatás + indirekt hatások + előrejelzés tévedése a járványtól független halandóságról. A probléma épp az, hogy nekünk az elsöre lenne szükségünk, de csak az összeget látjuk. Így nézve egy meglehetősen kézenfekvő ötlet, hogy próbáljuk a másik két tényezőt számszerűsíteni, mert ha azokat sikerülne meghatározni, akkor egyszerűen kivonva őket a többlethalálozásból megkapjuk a keresett direkt hatást!

Jelen pont erre fog egy példát mutatni: a cél az lesz, hogy az influenza-járvány hatását próbáljuk meg figyelembe venni, és ezzel korrigálni a kapott becslést; más tényezővel nem foglalkozunk. Előrebocsátom, hogy a terület egy aknamező, így ez hangsúlyozottan csak kiegészítő elemzés. Első ránézésre meglepő lehet ez az állítás: miért problémás ha valamivel korrigálunk? Persze, rendben, van még egy sor másik tényező is, de így legalább eggyel beljebb vagyunk! – mondhatja valaki. A probléma azonban épp ez: ha egyszer belekezdünk abba, hogy elkezdünk korrigálni bizonyos tényezőkre, akkor nagyon ingoványos talajra kerülünk: miért pont azokra korrigálunk? A többire miért nem? Hol húzzuk meg a határt, hogy mire próbálunk korrigálni és mire nem? Igen, lehet mondani, hogy így egy dologtól megtisztítottuk, míg az eredeti attól az egytől sincs tisztítva, de így legalább az eredetinek világos, egyértelmű, pontosan definiált a tartalma! Mindenki tudja, hogy többlethalálozás, hogy az mit jelent, mit tartalmaz. A „részben tisztított” mutató már egyáltalán nem egyértelmű, hogy mit jelent, hogyan hasonlítható össze nemzetközileg stb.

Az, hogy mennyire erősek az ellenérvek a fentiekkel szemben, függ attól is, hogy mennyire határozottan különíthető el az egyéb mortalitás-befolyásoló ok, amit le akarunk választani a többlethalálozásból. Egy

elég meglepő, de valós kérdés: kivonjuk-e Azerbajdzsán és Örményország többlethalálózásából a 2020 végi hegyi-karabahi háború áldozatainak a számát...? Ez talán még a legjobban védhető helyzet, hiszen ez teljesen egyértelműen az „előrejelzés tévedése a járványtól független halandóságról” kategóriában van, mivel ez nyilván nem volt előrejelezhető a múltbeli halálzási adatokból, semmilyen módszerrel, másrészt elég jól meghatározható számú halálzást jelentett. (És ugye ezek jelenleg növelik a koronavírusos halálzást, ha a többlethalálzást használjuk!) De még így is óvatos lennék, még ezzel is, épp a fenti okok miatt.

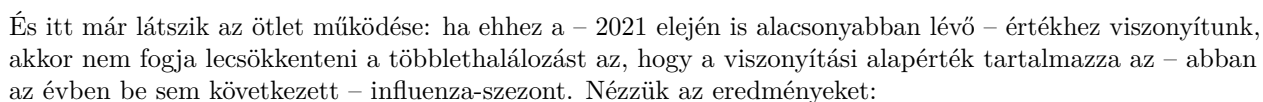
Hangsúlyozva tehát még egyszer az ezzel kapcsolatos fenntartásokat, egy konkrét példát nézzünk meg: az influenza-járvány kezelését. Azért ezt, mert magyar viszonyok között talán ez jelenti a legmarkánsabb olyan forrását a mortalitásnak, ami évről-évre lényegesen változik, és ráadásul indirekt hatásként is megjelenhet (a védekező intézkedések természetesen minden légúti kórokozó ellen jót tesznek). A jelentősége azonnal látható is, ha az ember ránéz az aktuális többlethalálzást és a regisztrált halálzást egyszerre feltüntető ábrára: hogyan lehet, hogy február elején szó szerint nulla volt a többlethalálzás, miközben regisztrált halálzás volt, annyira nem is kevés...? Bizonyosan természetesen nem lehet megválaszolni, pont a többlethalálzás fenti nehézségei miatt, de nagyon erős lehet a gyanúnk, hogy az influenza a magyarázat: 2020/21-ben az influenza-szezon praktikusán elmaradt, és ha ennek valóban a védekezés az oka, akkor ez lényegében egy pozitív indirekt hatás. Mivel azonban ez a többlethalálzásban benne van, így valójában a járvány okozta halálzás *még több*, mint amit kimutattunk – csak épp abból levonódik az influenza-járvány megúszása! (Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a koronavírus lecserélte az influenzát: igen, nulla volt többlethalálzás, de a helyes megfogalmazás, hogy *annak ellenére is csak* nulla volt a többlethalálzás, hogy kiesett az influenza!)

Hogy tudnánk ezt valahogy kezelni, korrigálni? Az egyik lehetőség, hogy megnézzük a múltbeli influenza-járványok halálzásaira vonatkozó adatokat és azt egész egyszerűen hozzáadjuk a mostani többlethalálzashoz (mondván, hogy ennyit vontunk le szükségtelenül). Eljárhatunk azonban jóval elegánsabban is. Mint már volt róla szó, a várt halálzást előrejelző modellnek meg kell adni, hogy melyik adatok vannak kizárva a modell becsléséből; ez jelenleg a 2020. március 1. utáni dátumokat jelenti, hogy maga a vizsgált járvány ne legyen benne, értelemszerűen. Igen ám, de megtehetjük, hogy ezeket a kizárt dátumokat kibővítjük: szintén kivesszük az influenza-szezonokat, azaz a stratégia az, hogy ilyen módon megbecsülünk egy „influenza nélküli” alapvonalat, és ezt vonjuk ki mint várt halálzást! Ezzel lényegében automatikusan korrigálunk az influenza-járványra.

A dolog azonban ennél egy kicsit bonyolultabb: azt sem tehetjük meg, hogy az összes influenza-szezon kivesszük, hiszen akkor meg nem lesz miből megbecsülni ezen hetekre a szezonális mintázatot. A megoldást csak az jelentheti, ha *kézzel* megnézzük a múltbeli adatokat, és ahol más forrásból tudjuk, hogy nem, vagy nagyon enyhe influenza-szezon volt, azt *mégis* visszatesszük, hogy a modell ebből meg tudja ezekre a hetekre is becsülni a szezonális mintát. Magyarország esetében szerencsés a helyzet, mert a 2019/2020 pont jó példa erre.

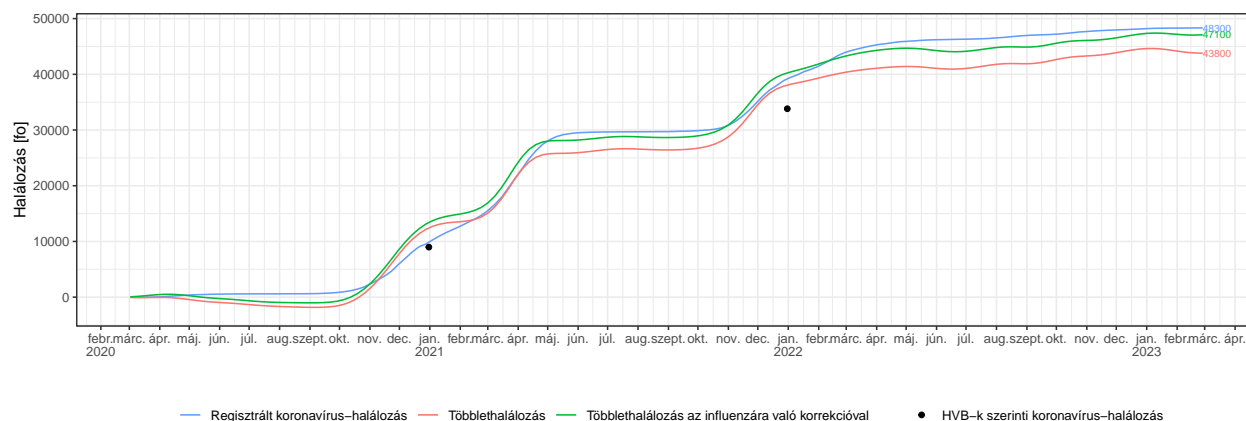
(Valójában ez nem teljesen igaz. Mivel Acosta és Irizarry eljárása egy meghatározott formájú – szép hullámosan ingadozó – függvényt illeszt a szezonális mintázatra, így akkor is működni fog, ha egy adott időintervallumra egyáltalán semelyik évben nincs megfigyelésünk, mert ha a többiből meg tudja ezen függvényforma paramétereit becsülni, akkor az kiad valamilyen lefutást erre az intervallumra is. Mindazonáltal biztosabb a becslés, ha mindenhol és minél több adatunk van.)

Az egyszerűség kedvéért mondjuk, hogy Magyarországon a január-február-március az influenza-szezon, ezt a három hónapot zárjuk ki minden olyan 2020 előtti évben, amikor vizuálisan érdemi többlet – azaz tényleges influenza-szezon – látszódott. Hogy látható legyen ennek a hatása, érdemes megnézni, hogy mi a várt halálzás becsült görbéje a két módon



Érdemes ezt egybevetni a jelentett halálozással is:





Ferenc Tamás, <https://github.com/tamas-ferenci/ExcessMortEUR/>  
 Adatok forrása: Eurostat és STMF, lekérdezés dátuma: 2023. 04. 12.

Az ábra erősen azt sugallja, hogy így már „rendben vagyunk” (azaz, hogy ezután a korrekció után már a jelentett és a többlethalálozás gyakorlatilag egybeesik, ezáltal kölcsönösen megerősítve egymást), azonban nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy ezzel nagyon óvatossá kell lenni: most csak egyetlen tényezőt korrigáltunk, miközben rengeteg további elképzelhető, amik ráadásul lehetnek pozitívak vagy negatívak is.

## Továbbfejlesztési ötletek

- ☐ Életkori és nemi lebontás. (Hátha mások a mortalitási trendek! + elvesztett életév aspektus)
- ☐ Életkorra és nemre standardizálás. (van bármi értelme??)
- ☒ A jelentés teljességének a vizsgálata (mennyire nőnek még az utolsó adatok, és meddig?). Válasz: Eurostat metadata 13.1-es pont.
- ☐ Területi adatok használata.
- ☒ Egyszeri hatások kiküszöbölése (influenza!) kiegészítő elemzésként.

## Irodalmi hivatkozások

- Ariel Karlinsky, Dmitry Kobak. “The World Mortality Dataset: Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic.” *Elife*. 2021 Jun 30;10:e69336. DOI: 10.7554/eLife.69336. Link.
- Nazrul Islam, et al. “Excess deaths associated with covid-19 pandemic in 2020: age and sex disaggregated time series analysis in 29 high income countries.” *BMJ*. 2021 May 19;373:n1137. DOI: 10.1136/bmj.n1137. Link.
- Vasilis Kontis, et al. “Magnitude, demographics and dynamics of the effect of the first wave of the COVID-19 pandemic on all-cause mortality in 21 industrialized countries.” *Nat Med*. 2020 Dec;26(12):1919-1928. DOI: 10.1038/s41591-020-1112-0. Link.
- Janine Aron, John Muellbauer. “A pandemic primer on excess mortality statistics and their comparability across countries.” *Our World in Data*. 2020 June 29. Preprint. Link.
- Tóth G. Csaba. “Többlethalandóság a koronavírus-járvány miatt Magyarországon 2020-ban.” *Korfa*. 2021 March;21(2):1-4. Link.
- Rolando J Acosta, Rafael A Irizarry. “A Flexible Statistical Framework for Estimating Excess Mortality.” *Epidemiology*. 2022 May 1;33(3):346-353. DOI: 10.1097/EDE.0000000000001445. Link.